



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

**A PERCEÇÃO DAS MULHERES
RELATIVAMENTE À PREPARAÇÃO PARA O
PARTO:**

Intervenções promotoras do empoderamento da mulher.

Patrícia João Martins dos Santos Serrano

Lisboa

2016



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

**A PERCEÇÃO DAS MULHERES
RELATIVAMENTE À PREPARAÇÃO PARA O
PARTO:**

Intervenções promotoras do empoderamento da mulher.


Patrícia João Martins dos Santos Serrano

Docente orientadora: Professora Helena Bértolo

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.

“Reducing the childbirth experience to a series of stages, phases, or hormonal interactions will do nothing to empower a woman to trust her inner wisdom and find her own path.”

“Reduzir a experiência do nascimento a uma série de estádios, fases ou interações hormonais não fará nada para empoderar a mulher a confiar na sua sabedoria interior e encontrar o seu próprio caminho.”

McAllister (2014)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, materializa o fim de um percurso difícil e trabalhoso, em que contei com o apoio, colaboração e incentivo de algumas pessoas sem as quais este teria sido, se não impossível, certamente muito mais difícil.

À minha família:

Aos meus pais, ao meu marido e filhos que tornaram possível a concretização deste sonho. Pelas minhas ausências, pelo apoio incondicional, amor e companheirismo.

À Sra. Professora Helena Bértolo pela sua orientação, sugestões, disponibilidade, incentivo e apoio nos momentos mais difíceis e de maior fragilidade.

Às minhas colegas de caminhada, pelo companheirismo, amizade e partilha.

Aos orientadores que me acompanharam nos ensinamentos clínicos, em particular no de Estágio com Relatório, pela sua orientação e partilha de conhecimentos e saberes.

ABREVIATURAS

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^{os} - Enfermeiros

Prof. - Professor

Prof.^a - Professora

Sra. - Senhora

SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

CPP – Curso de Preparação para o Parto

DGS - Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ICM – International Confederation of Midwives

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

RESUMO

A preparação para o parto é uma intervenção cujos benefícios são bem conhecidos e estão sobejamente confirmados. No entanto, impõe-se a reflexão sobre o tipo de preparação e as intervenções proporcionadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) durante a gravidez e sobre a sua eficácia no empoderamento da mulher e vivência saudável do parto e da maternidade.

Objetivos: Perceber qual a perceção das mulheres relativamente ao Curso de Preparação para o Parto (CPP) que frequentaram, bem como refletir sobre as intervenções que consideram mais adequadas e eficazes para as capacitar a participar ativamente no seu trabalho de parto (TP) e projeto de maternidade, facilitando desta forma a sua transição para a parentalidade.

Como quadro de referência para esta problemática, tornou-se pertinente o recurso às teorias do *Empowerment* de Nelma Shearer e das transições de Afaf Melleis.

Metodologia: Foi efetuada a revisão sistemática da literatura, de forma a determinar a evidência científica atual. Fez-se ainda o registo das interações com as utentes relativamente às suas perceções sobre o curso de preparação efetuado. Efetuou-se posteriormente análise de conteúdo dos registos, das 32 clientes que foram alvo do nosso cuidado e que tinham frequentado um CPP.

Conclusões: Os CPP frequentados pelas participantes, contribuem para uma vivência mais tranquila da transição para a parentalidade, diminuem o medo do parto, aumentam o autocontrolo das mulheres e sua colaboração com os profissionais. No entanto, não as prepara para a tomada de decisões livre, informada e autónoma no que diz respeito ao decurso do seu parto e portanto contribuem menos do que seria desejável para o seu empoderamento na vivência do parto. Sobressai o papel do EEESMO no acompanhamento do TP e a necessidade de investir na continuidade de cuidados durante o período de puerpério.

Palavras-chave: Perceção; Preparação para o parto; Puerperas; EEESMO

ABSTRACT

Childbirth preparation it's an intervention with benefits are well known and widely confirmed. However, there must be a reflection on the type of childbirth preparation and the interventions provided by midwife nurses during pregnancy, about their effectiveness in women's empowerment and healthy experience of childbirth and motherhood.

Objectives: To realize what is the perception of women regarding the childbirth preparation course they attended as well as reflect on the activities they consider most appropriate and effective to enable active participation in their labor and maternity project, facilitating their transition to parenthood.

As a reference framework for this issue it has become relevant the use of the empowerment theory of Nelma Shearer and the transitions theory of Afaf Melleis.

Methodology: We performed a systematic review of the literature in order to determine the current scientific evidence. Yet it was made the recording of interactions with users regarding their perceptions about the CPP they attended. Afterwards we made the records content analysis of the 32 customers who were in our care and that had attended a childbirth preparation course.

Conclusions: Childbirth preparation courses attended by the participants contribute to a more peaceful experience of transition to parenthood, reduce fear of childbirth, increases women's self control and their collaboration with professionals. However, it does not prepare them for making free, informed and autonomous decisions regarding the course of delivery and therefore it contributes less than desirable for their empowerment in the childbirth experience.

Stands out the role of midwife nurses in monitoring labor and the need to invest in continuity of care during the postpartum period.

Keywords: Perception; childbirth Preparation; Puerperium: Midwife.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	08
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1.1 - A Percepção	11
1.2 - O Empoderamento	12
1.3 - A preparação para o parto e o empoderamento da mulher para o trabalho de parto e maternidade	13
1.3.1 – O direito à preparação para o parto	18
1.4 – Quadro de referência de Enfermagem	18
1.4.1 - O <i>Empowerment</i> segundo Nelma Shearer	19
1.4.2 - A teoria das transições de Afaf Meleis	20
2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	23
2.1 – Metodologia.....	23
2.1.1 – Revisão Sistemática da Literatura.....	24
2.1.2 – Apresentação, análise e discussão dos dados obtidos	33
3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	44
4 – PRINCÍPIOS ÉTICOS	62
5 – CONCLUSÕES /CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Anexo I – Recomendações da OMS na Assistência ao Parto Normal.	
Anexo II – Competências do EESMO Regulamento em Diário da República.	
Anexo III – Competências do EESMO pelo ICM.	
APÊNDICES	
Apêndice I – URL dos artigos encontrados.	
Apêndice II – Tarefas e atividades.	

ÍNDICE DE ESQUEMAS E QUADROS

Esquema 1 (Percurso metodológico da pesquisa de estudos para análise.)	25
Quadro 1 (Quadro síntese do estudo “Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo”.)	26
Quadro 2 (Quadro síntese do estudo “Childbirth experience of participants in Lamaze childbirth education [Korean]”.)	27
Quadro 3 (Quadro síntese do estudo “Turkish women`s perception of antenatal education”.)	28
Quadro 4 (Quadro síntese do estudo “Chinese women`s perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood”.)	29
Quadro 5 (Quadro síntese do estudo “Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto”.)	30
Quadro 6 (Quadro síntese do estudo “ Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: Um enfoque na percepção das gestantes”.)	31
Quadro 7 (Quadro síntese do estudo “Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women`s perspectives”.)	32
Quadro 8 (Categorias e subcategorias encontradas.)	34

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade dar a conhecer o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao EEESMO, bem como o desenvolvimento de competências relativas ao 2º ciclo de estudos.

Esta UC, decorreu de 29 de fevereiro de 2016 a 8 de Julho de 2016, prefazendo um total de 500 horas tendo sido 35 horas em contexto de prática simulada de alta fidelidade, 25 horas de orientação tutorial e 465 horas em sala/bloco de partos num serviço de urgência obstétrica e ginecológica de Lisboa.

Na UC de Estágio com Relatório pretende-se que o estudante, futuro EEESMO, consiga “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal.” (Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório, 2016, p.1).

Os benefícios da preparação para o parto são bem conhecidos, recomendados e divulgados por entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS), International Confederation of Midwives (ICM), Ordem dos Enfermeiros (OE), Instituto Lamaze e associações em defesa da humanização do parto. Em 1978, na conferência internacional de saúde de Alma-ata, a OMS determinou como meta para a saúde para o ano 2000 que todos os partos deveriam ser preparados (OMS 1978).

O papel do EEESMO como promotor de uma experiência positiva da mulher durante o Trabalho de Parto e período neonatal é fundamental. Esta intervenção, começa idealmente pela abordagem precoce de questões relacionadas com a sexualidade e o nascimento, promovendo a literacia em saúde e reveste-se de particular importância durante a gestação. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011) é preconizado:

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal. (H2) ... durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina. (H3) e ... durante o período pós-natal.(H4)”.

Estas, vão ao encontro do que é estabelecido pela ICM (2015) e pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014).

Desta forma, caberá ao EEESMO o acompanhamento da grávida e sua família no período pré-natal por forma a preparar o processo de adaptação e preparação para o parto e para o nascimento, sendo os cursos de preparação para o parto uma estratégia habitualmente bem-sucedida como complemento deste processo.

Como refere Olga Fernandes no prefácio de Couto (2003) “o apoio e acompanhamento à grávida durante este período e a preparação para o parto (...) são extremamente importantes (...) os cursos de preparação para o parto têm a possibilidade de reduzir toda esta ansiedade e o medo das futuras mães...” (p.14).

No contexto de trabalho da autora, encontra-se a funcionar o Curso de Preparação para o Parto (CPP) pelo método psicoprofilático. Desde há muito que os profissionais que o ministram, têm a perceção de que o programa deste curso tem que sofrer uma reformulação por forma a ir ao encontro das recomendações atuais e necessidades das grávidas e suas famílias.

Assim, importa perceber quais as intervenções do curso de preparação para o parto que as mulheres mais valorizam para melhor adaptar os conteúdos e atividades às suas necessidades. Assim, justifica-se conhecer a perceção que as mulheres têm relativamente à preparação para o parto/parentalidade que lhes é proporcionada.

Para o enquadramento desta temática houve a opção de recorrer à teoria do *Empowerment* de Nelma Shearer, uma vez que o empoderamento da mulher/casal deverá ser o objetivo primordial do acompanhamento pré-natal. Dado que a maternidade implica sempre uma mudança de vida e consequentemente um processo de transição tornou-se pertinente integrar também a teoria das transições de Afaf Meleis.

Como finalidade do estudo desta temática definiu-se: Dar a conhecer a evidência disponível acerca da perceção, do ponto de vista da mulher, da preparação efetuada para o parto e parentalidade. De forma a contextualizar este trabalho e aferir a perceção geral das mulheres em vários contextos.

Foram ainda considerados dois objetivos gerais para este relatório:

- Expôr o decurso do estudo e as conclusões relativamente à temática em estudo.

- Transmitir de forma clara e sucinta o as actividades realizadas e reflexões que se impuseram durante o estágio, de forma a permitir a avaliação do trabalho efetuado para o desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade de EEESMO preconizadas.

Este relatório encontra-se organizado abordando primeiramente o enquadramento concetual, iniciado com as definições de perceção e empoderamento, passando de seguida à contextualização da temática da preparação para o parto e terminando com a abordagem as teorias norteadoras. No capítulo 2 é descrito o enquadramento metodológico. No capítulo 3 é analisado o desenvolvimento de competências e por fim as implicações éticas, e, no último capítulo as considerações finais .

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 – A Percepção

Uma vez que se pretende com este trabalho obter a percepção das mulheres relativamente aos cursos de preparação para o parto/parentalidade que frequentaram, torna-se pertinente esclarecer o conceito de percepção.

O Dicionário de Língua Portuguesa (2016) define percepção como: “ato de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objetos ou acontecimentos exteriores; resultado ou dados da percepção; noção; conhecimento”.

Assim, podemos deduzir que o conceito de percepção tem múltiplas dimensões que devemos considerar.

No prefácio da reedição de 2012 da obra “Phenomenology of perception” de Merleau-Ponty, Taylor refere:

“a minha percepção... tem o “sentido percetivo”, nomeadamente o conteúdo da minha experiência sensorial, incluindo não só o que diretamente os meus olhos encontram, mas também o vasto passado de premissas, memórias, associações e antecipações que formam a minha experiência.” (Merleau-Ponty, 2012, p.9).

Portanto, recorremos a experiências anteriores, a conceitos e ao que nos é familiar para enquadrar a realidade que observamos e as experiências com que nos deparamos.

Analisando o texto de Merleau-Ponty, Taylor conclui que a percepção é a base do processo de compreensão do fenómeno/experiência/objeto e como tal encontra-se sempre presente na vivência humana. Refere a este propósito: “o fenómeno da perspectiva é por isso ubíquo – não apenas no sentido da experiência mas na nossa história autoperceptiva intelectual, social, pessoal e cultural.” (Merleau- Ponty, 2012, p.11).

Deste modo, podemos concluir que a percepção é simultaneamente a base e o resultado tanto da objetividade como da subjetividade da experiência, em que mais do que um processo mental, traduz a experiência que o sujeito viveu de acordo com o seu contexto, o seu estado de espírito e sensorial.

1.2 – Empoderamento

O empoderamento é um conceito emergente na sociedade contemporânea que se encontra presente não só nos cuidados de saúde mas em todas as ciências humanas (Cabete, 2011).

Introduzido por Rappaport em 1984, como forma de estimular e orientar as políticas de saúde mental, o conceito de empoderamento depressa foi adotado por várias áreas devido à ligação com as ciências psicossociais, políticas e éticas (Pereira, 2010).

Inicialmente surge como um processo individual, no entanto, cedo aparece como um conceito passível de ser desenvolvido num contexto individual, familiar ou coletivo, interligado posteriormente a estratégias de prevenção e intervenção comunitárias (Wallerstein & Bernstein, 1988)

De acordo com Pereira “Wallerstein & Bernstein (1988) consideraram que o *empowerment* envolvia muito mais do que apenas um aumento da auto-estima e da auto-eficácia na promoção da saúde individual, considerando que envolvia também uma alteração social.” (Pereira, 2010, p.35).

O conceito de empoderamento tem esta plasticidade porque se foca nas soluções e não nos problemas. Está relacionado com os recursos, as capacidades e os direitos das pessoas e não com o problema ou dificuldade com que se confrontam.

Horochoovsky refere: “pode-se inicialmente entender empoderamento como a capacidade de os indivíduos e grupos terem controlo sobre o que lhes afeta, escolhendo, com o maior grau possível de autonomia, seus cursos de ação em múltiplas dimensões.” (Horochoovsky 2006, p.1).

Quando falamos de empoderamento referimo-nos a um processo de capacitação do sujeito para decidir sobre aspectos que lhe dizem respeito, no entanto, este termo é também aplicável à intervenção efetuada para facilitar esse processo bem como à habilidade demonstrada pelo sujeito para adquirir capacidade de decisão/poder de intervenção sobre aspetos da sua vida (Cabete, 2011).

O empoderamento é o equivalente à palavra inglesa “*empowerment*” e numa abordagem simplista pode quase considerar-se sinónimo de autonomia, uma vez que aborda a capacidade que os indivíduos têm de escolha e decisão sobre as questões que lhe dizem respeito em todos os âmbitos da sua vida. No entanto, este

conceito contempla ainda um processo pelo qual se obtém poder e liberdade (Horochoovsky 2006, Cabete 2011).

Indo ao encontro destes conceitos, Pereira (2010) deixa-nos ainda a ideia de que o empoderamento é o processo com orientação pró-ativa, promotor de uma transição positiva, transformando os sujeitos em elementos ativos e com capacidade de escolha e decisão, com poder sobre a sua situação. A mesma autora refere ainda que este conceito se comporta “como um conceito dinâmico, onde o poder é simultaneamente dado e retirado, ou seja, é um poder partilhado (Hegar & Hunzeker, 1988).” (Pereira, 2010, p.35).

Baseando-se em Schultz, Pereira refere que: “O *empowerment* individual caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objectivos (Schultz, 1995).” (Pereira, 2010, p.37).

Assim podemos considerar que o empoderamento em saúde e especificamente neste contexto, constitui um processo fundamental para a vivência saudável e feliz da experiência do parto e parentalidade, uma vez que “permite aos indivíduos a mobilização de recursos cognitivos e afetivos, que conduzem a uma atitude pró-ativa de intervenção e tomada decisão em relação à sua situação de saúde.” (Pereira, 2010, p.37).

1.3 – A Preparação Para o Parto e o Empoderamento da mulher para o trabalho de parto e maternidade.

Desde tempos imemoriáveis que se encontram provas de esforços para encontrar estratégias para alívio da dor do parto e aceleração do seu decurso. Como tal, a preocupação em preparar a mulher para o momento do parto e aliviar o desconforto do trabalho de parto não são, de todo, novidade.

Tudo indica que nas sociedades mais primitivas, em que o parto era um acontecimento familiar vivido de forma bem mais natural, saudável e feliz que nos dias de hoje, nas sociedades ocidentais e tecnologicamente mais desenvolvidas. As crianças cresciam a ver as suas mães e irmãs mais velhas a terem e cuidarem os seus filhos. As mulheres engravidavam, entravam espontaneamente em trabalho de parto e a criança nascia.

Na nossa realidade, as famílias têm muito menos filhos e portanto investem neles muito mais a todos os níveis vivendo com mais ansiedade o nascimento dos filhos. A previsibilidade e a segurança do controlo tecnológico são tranquilizadoras para a maioria das pessoas, mas por outro lado, há um maior isolamento social e o casal vive muitas vezes este acontecimento de vida sem apoio familiar.

Como afirma Couto, “na sociedade as meninas preparam-se para a função maternal na família... o parto, como tudo o que se refere à sexualidade ficará ainda aqui uma vez mais omissa... não sendo a maior parte das vezes transmitido com a tranquilidade necessária” (Couto, 2003, p.20).

Jones afirma que “o parto contemporâneo é tecnológico e técnico, frio, controlado por cirurgiões, mediado por aparatos eletrónicos e drogas, e ocorre em hospitais”(Jones, 2012, p.183). Em oposição à “incerteza” do parto normal, onde há menos intervenção técnica e agindo profilaticamente sobre os “riscos” fisiológicos inerentes para a mãe e feto, a medicina moderna decidiu que o processo do parto deveria ser considerado um processo medicalizado e considerado, à partida, um evento de risco. Como tal, todos os parâmetros deverão ser controlados e toda a tecnologia e saber devem ser utilizados para controlar o seu decurso.

Assim, o saber ancestral sobre a “arte de parir” e o alívio não farmacológico do desconforto do trabalho de parto, bem como o respeito pela “sabedoria” da natureza, foi-se perdendo em detrimento da medicalização e da “facilitação” medicamentosa do parto.

Os procedimentos pré-definidos e com recurso à tecnologia e medicação, embora expectáveis, uma vez que são amplamente difundidos pelos meios de comunicação e pela sociedade em geral, são bastante agressivos e estranhos para a maioria das mulheres e em vez da prometida segurança, trazem, às mulheres medo e tensão.

Considerando que na maioria das situações há a expectativa de que o nascimento seja um acontecimento feliz, tal não combina com os sentimentos de medo e tensão anteriormente descritos relacionados com a experiência hospitalar o que poderá comprometer o desenvolvimento do trabalho de parto e contribuir para uma experiência menos positiva. Aliados a estas observações, contamos também com outros fatores importantes: A habitual receção impessoal no hospital/maternidade por falta de recursos humanos e/ou pouca sensibilização dos profissionais. O afastamento da família e do meio de conforto e segurança habituais

da mulher, (atualmente será possível fazer-se acompanhar por uma pessoa, mas fica privada de contactos com quaisquer outros).

O trabalho de parto e a transição para a maternidade é vivida de forma tão marcante pelas mulheres que elas lembram-se, muitos anos depois, de pormenores precisos da vivência do seu trabalho de parto e das sensações de quando o seu bebé nasceu, influenciando outros através dos seus relatos. (Kitzinger, 1984).

Estes aspetos remetem-nos para o conceito de Reed, psicólogo alemão que descreve o ciclo de medo/ tensão/ dor como principal fator antagonista ao decurso do trabalho de parto e principal motivo de sofrimento materno e fetal no decurso deste (Lowdermilk, 2008).

Com base neste conceito e partindo do pressuposto que as sugestões negativas sobre o parto que nos são transmitidas em sociedade nos condicionam para o medo, Reed propôs-se encontrar estratégias para substituir estas sugestões negativas por sugestões positivas condicionando assim as mulheres para conseguirem um estado de relaxamento e autocontrolo durante o trabalho de parto.

Para “substituir o medo do desconhecido por compreensão e segurança, o programa de DickReed engloba informações sobre o trabalho de parto, bem como sobre nutrição, higiene e exercício físico. As classes incluem aulas práticas em três técnicas: exercício físico de preparação do corpo para o parto; relaxamento voluntário e padrões de respiração”(Lowdermilk, 2008, p.235).

Avançou-se nestes conceitos para a educação para a participação ativa por parte das mulheres, tendo como objetivo o parto sem dor dando igual importância aos ensinamentos teóricos sobre a fisiologia da gravidez e do parto, por forma a conseguir uma melhor compreensão, por parte das mulheres, dos fenómenos que ocorrem no seu corpo.

Mais tarde, este método foi levado para os Estados Unidos da América por Lamaze e foi também difundido por toda a Europa, tendo ganhado popularidade nos anos 60.

Nos dias de hoje ainda se considera que: “a Preparação para o Parto assenta no princípio de que o afastamento do medo e a criação de uma atitude positiva perante o parto ajuda a mulher a reduzir a sua ansiedade e promove o seu relaxamento muscular” (OE, 2012, p.1). E o Instituto Lamaze mantém-se ainda hoje uma referência incontornável na evolução das diretivas da preparação para o parto.

A evidência científica foi ditando novas diretivas que deveriam ser integradas na preparação do casal para o parto e para o processo de parentalidade. Novas ideias e metodologias de preparação para o parto demonstram que os métodos não só não têm que ser lineares e diretivos, como se devem adaptar às expectativas e necessidades da mulher, do seu companheiro e família.

A Ordem dos Enfermeiros refere “o Método Lamaze (ou “Psicoprofilático”) já não se baseia na respiração que a mulher deverá realizar no trabalho de parto.. A filosofia Lamaze de Nascimento é o cerne da educação Lamaze e tem sido há quase uma década a força motriz para mudanças significativas na preparação para o parto” (OE, 2012, p.1).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros nas recomendações para a preparação para o nascimento e o Instituto Lamaze a “nova filosofia de preparação para o parto baseia-se em 6 pilares:

- “1. Promoção do trabalho de parto espontâneo.
2. Movimentação livre durante todo o trabalho de parto.
3. Suporte contínuo durante o trabalho de parto.
4. Abolição das intervenções médicas desnecessárias no trabalho de parto.
5. Abolição do parto em posição ginecológica e dos puxos dirigidos.
6. Contacto e vinculação precoces através da não separação mãe-bebé.”

(OE, 2012, p. 1; InstitutoLamaze, 2012, p.3)

A par destas questões foi fazendo cada vez mais sentido que a abordagem ao parto/trabalho de parto fosse apresentada num contexto holístico. Há um antes e um depois do parto que necessitam de ser trabalhados, expectativas e dúvidas a ser esclarecidas e previstas numa perspetiva de preparação para o processo de transição para a parentalidade.

É imprescindível assim que se trabalhe numa intervenção que ajude os casais a:

“Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (OE, 2012, p.2).

E esta perspetiva altera o alvo clássico dos cuidados de preparação para o parto, passando as intervenções a ser idealmente projetadas para o casal/família, integrando o pai no processo do nascimento e nos cuidados à mãe e ao bebé.

Contempla também a integração de novos conceitos e recomendações para o parto normal ditados pela evidência científica e que são recomendações consensuais de todas as entidades reconhecidas (OMS, ICM, RCM, Lamaze Institute). Recomendações da OMS na Assistência ao Parto Normal – Condutas que deveriam ser encorajadas (ANEXO I)

Segundo o ICM (2008,p.1):

“Todas as mulheres e seus parceiros devem ter acesso a preparação para a parentalidade e educação durante a gravidez, os conteúdos deverão ser centrados nos pais em vez de centrados nos serviços.”

E ainda que “Todas as mulheres e seus parceiros devem ser informados do seu direito ao acompanhamento durante a gravidez e preparação para o parto por EESMO. Isto só ocorrerá se os prestadores de serviços de saúde materna partilharem informação e colaborarem em parceria com as mulheres ”.

A Ordem dos Enfermeiros menciona que “a vigilância pré natal acompanhada de preparação para o parto e parentalidade adequadas são fatores determinantes na promoção do parto normal” (OE, 2012, p.1).

Tendo tudo isto em consideração, e como está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2012), a preparação para o parto e parentalidade é um desafio que deveria ser colocado a um EEESMO. De acordo com o definido no nº 2, Artigo 7º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e segundo a International Confederation of Midwives, só este tem pelos seus conhecimentos, competências e atribuições, a capacidade para fazer face a uma tarefa com tamanha complexidade (OE, 2008).

Vivemos na atualidade uma mudança de paradigma em que as mulheres, estando mais conscientes do momento único que o parto pode ter nas suas vidas, querem poder decidir sobre o decurso do mesmo (MacAllister 2014).

O parto é da mulher, trata-se da sua vida e do seu filho e deve ser conduzido e assistido de acordo com a vontade da mesma e sua família/companheiro e não de acordo com os protocolos instituídos pelos profissionais que o assistem (Kitzinguer, 1995).

Assim, o desafio que atualmente se coloca centra-se na mudança de estratégias, metodologias e conteúdos, indo ao encontro das expectativas e necessidades das mulheres/casais e que melhor os capacitem para decidir de forma consciente sobre as opções disponíveis para o seu processo de parto e parentalidade uma vez que estes são indissociáveis. Logo, deverão ser os profissionais a colaborar com a mulher para que vivencie “um bom parto” e a

permitir-lhe expressar abertamente o que realmente pensa e deseja e agindo o mais possível em conformidade.

A Organização Mundial da Saúde salienta que existe evidência de que a participação das mulheres na conceção, implementação, avaliação e/ou gestão dos seus sistemas/serviços de saúde, a nível comunitário, está associada à melhoria da saúde e dos resultados em saúde. (World Health Organization, 2013). Deste modo, torna-se pertinente este trabalho uma vez que pretende precisamente colher a perceção das mulheres relativamente aos cursos de preparação para o parto que frequentaram avaliando os mesmos.

1.3.1 – O direito à preparação para o parto

Os cursos de preparação para o parto são hoje um direito legalmente estabelecido (Lei nº 142/99 de 31 de Agosto), com vantagens comprovadas com diversos estudos efetuados em todo o mundo, no entanto, estes não estão ainda disponíveis para todas as grávidas (Morgado et al, 2010).

A preparação para o parto em Portugal é deste modo contemplada na legislação como um direito adquirido para todas as grávidas do Serviço Nacional de Saúde. A procura de cursos de preparação para o parto e parentalidade tem aumentado nos últimos anos pois generaliza-se a ideia de que a sua frequência é benéfica para a tríade (Antunes *et al.*, 2006).

No entanto, verifica-se ainda que há um grande número de casais que gostariam de ter frequentado um curso/programa de preparação para o parto mas que não têm acesso ao mesmo. Tivemos oportunidade de constatar na interação com as clientes/casais, que tal se deve em parte à falta de divulgação dos cursos existentes, mas também ao fato de não haver curso de preparação para o parto nas unidades de saúde de referência, ou ainda, por estas não terem capacidade de satisfazer todas as solicitações. Foi também referido o custo elevado do curso de preparação para o parto em instituições privadas.

1.4 – Quadro de Referência de Enfermagem

Para contextualizar conceitualmente esta temática torna-se pertinente o recurso a duas teorias de médio alcance: a teoria do *Empowerment* de Nelma

Shearer e a teoria das transições de Afaf Meleis.

Estas complementam-se na medida em que empoderar a mulher para o processo de nascimento do seu filho pode ser um processo complexo e que exige ao enfermeiro competências específicas.

Importa dotar a mulher de segurança e conhecimentos que lhe dêem confiança para poder tomar decisões conscientes e esclarecidas sobre o seu processo de parto e maternidade. Acresce ainda que estamos em presença de um processo de transição complexo e único. Cada mulher/casal vive o nascimento de um filho de forma única, uma vez que os seus recursos e vivências serão também únicos.

1.4.1- A teoria de *Empowerment* de Nelma shearer

A teoria do *Empowerment* em saúde de Nelma Shearer é em parte baseada na ciência humanitária de Martha Rogers, particularmente pelo princípio da integralidade que perspetiva os seres humanos como parte do seu ambiente trocando permanentemente energia com o mesmo, nas suas vivências diárias e nas suas experiências de saúde (Shearer 2010).

Shearer descreve *Empowerment* como “um processo de saúde dinâmico que enfatiza a participação propositada no processo de mudança de si próprio e do seu ambiente, reconhecendo padrões e mobilizando recursos internos para o bem estar.”(Shearer, 2010, p.2).

A teoria identifica *Empowerment* em saúde como um processo que emerge da síntese dos recursos pessoais e contexto social. Shearer refere que o *Empowerment* “caracteriza-se pelo padrão, auto-organização, diversidade e mudança evolutiva e como detendo os valores individuais e visões acerca da saúde.” (Shearer, 2010, p.2). As características únicas de cada individuo refletem os seus recursos e vivências. Nesta ótica, o *Empowerment* é um processo de saúde dinâmico que tem por base a “participação propositada no processo de mudança de si próprio e do seu ambiente, reconhecendo padrões e mobilizando recursos internos para o bem estar” (Shearer, 2010, p.2).

O *Empowerment* em saúde não é mais do que a facilitação da consciência da habilidade de participar com conhecimento na própria saúde e em decisões de

cuidados de saúde. É expressivo de um padrão de saúde humana de bem estar e é considerado o resultado de um processo relacional que resulta do reconhecimento dos recursos e contexto pessoais e facilita uma participação adequada na obtenção de objetivos e bem estar (Shearer 2009/2010).

Shearer referenciando Perkins&Zimmerman (1995) e Rappaport (1984) refere que: "Empowerment tem sido conceptualizado como o quadro de compreensão do processo e consequências dos esforços levados a cabo para controlar e influenciar sobre as decisões de alguém que afetam a sua vida, incluindo percepções de controlo pessoal e comportamentos para perceção do controlo)." (Shearer, 2010, p.1)

O processo de empoderamento tem-se centrado nos relacionamentos bem como na "libertação, emancipação, energia e partilha de poder"(Leyshon, 2002, p. 467).

Itzhaky e Schwartz (1998) sugerem que a abordagem do *Empowerment* pode sustentar o bem estar em indivíduos vulneráveis, tal como mulheres em situação de gravidez.

Nesta perspetiva, o *Empowerment* é um processo dinâmico que emerge dos recursos do sujeito. Assim, neste contexto, o empoderamento da mulher grávida, passa por facilitar a consciência da habilidade nata da mulher em parir e ser mãe, proporcionando-lhe conhecimentos e capacitação que lhe permitam participar com compreensão nas decisões do seu processo de parto e maternidade.

1.4.2 – A Teoria das Transições de Meleis

Chick& Meleis (1986) citados por Meleis definem transição como sendo "uma passagem numa fase da vida ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro" (Meleis, 2007, p.24). Assim, a transição define o processo de adaptação a uma nova realidade e os resultados das interações complexas entre a pessoa e o ambiente. Sendo também a passagem de um determinado período/fase da vida da pessoa.

A atitude perante a mudança e o significado atribuído pelo sujeito às transições pode variar e ser considerado por este como positivo, neutro ou negativo. Como alega Meleis, "A transição pode ser desejada ou não, pode ser uma escolha pessoal ou não" (Meleis, 2010, p.24), isto obviamente irá determinar o desenvolvimento do processo de adaptação.

Esta teoria permite-nos de forma sustentada e fundamentada complementar a teoria de *Empowerment* nesta problemática, pois estamos claramente perante uma situação de transição. Contribui para que o enfermeiro conscientemente construa uma relação terapêutica eficaz com o cliente e contribuindo para uma evolução positiva da situação de transição fundamental no processo de *Empowerment*.

Na mudança de vida que a maternidade exige à mulher, a teoria de Meleis adequa-se particularmente pois quer seja o primeiro filho ou não, a preparação efetuada e a forma como a mulher a vive é muito importante. Assim, será precioso o contributo desta teoria para identificar quais as percepções das mulheres relativamente à preparação para o parto e maternidade.

De acordo com Schumacher e Meleis (1994) as intervenções de enfermagem compreendem três medidas de implementação a ser aplicadas durante o processo de transição:

- A primeira, refere-se à avaliação imediata com o objetivo de verificar a disponibilidade do cliente para a transição e os recursos que poderá ter para lidar com a situação. Envolve preferencialmente, o trabalho de toda a equipa multidisciplinar. Esta é essencial para podermos projetar as nossas intervenções em função do utente e das suas características particulares. Como foi já referido, é imprescindível adaptar as intervenções às especificidades e situação de cada mulher/casal.
- Seguidamente, após a avaliação terá de ser efetuada a preparação para a transição. Esta preparação é proposta como uma intervenção de Enfermagem que inclui os ensinamentos ao utente com vista a criar as melhores condições possíveis de preparação para a transição e como uma possibilidade de o dotar de conhecimentos e estratégias para que possa conseguir adaptar-se à nova realidade de forma saudável. Integrando-se aqui como contexto de intervenção as consultas de acompanhamento durante a gravidez e a preparação para o parto/parentalidade.
- A terceira componente refere-se à intervenção de Enfermagem efetuada complementando o novo papel exigido ao utente por forma a facilitar a transição e a sua adaptação ao novo papel que lhe é exigido pela transição e a vivência do mesmo. Enfatizando-se nesta situação o acompanhamento durante o trabalho de parto e o puerpério.

Segundo Meleis “uma transição pode não ser experienciada uniformemente por diferentes pessoas, mesmo que as circunstâncias sejam aparentemente

similares”(Meleis, 2010, p.24). Deste modo, podemos concluir que de acordo com esta autora, cada pessoa vivencia a situação de transição de forma distinta de acordo com a sua realidade e a forma como a percebe.

A relação que se estabelece durante este processo entre o cliente e o enfermeiro é recíproca na medida em que deve afetar tanto o utente como o enfermeiro. A compreensão da situação particular daquela pessoa, da forma como a está a vivenciar e como reage ao longo do processo de transição ajuda o enfermeiro a refletir sobre o resultado dos seus cuidados e a adequar a sua intervenção em função daquela pessoa e das suas necessidades. “O objetivo dos enfermeiros é encontrar estratégias na prestação de cuidados que facilitem a pessoa a obter uma transição saudável, com bons resultados/outcomes” (Meleis, 2010, p.24).

O dia a dia da pessoa, o ambiente e as interações que vivencia, são moldados pelos significados que a pessoa dá às experiências de transição, pela forma como esses processos ocorreram e o desfecho que tiveram.

Assim, é importante na avaliação da utente, elaborar uma colheita de dados completa, que nos permita conhecer o contexto daquela pessoa e perceber se o ambiente e as suas experiências anteriores poderão funcionar como agentes de dificuldade para a nova transição. É claramente imprescindível compreender o nível de consciência da situação e o significado que o utente atribui a situações de saúde/doença pois estes dar-nos-ão também pistas sobre a capacidade e disposição de adaptação à transição em causa.

É também importante perceber se o utente se encontra a vivenciar uma transição ou várias em simultâneo e se estas são sobrepostas, bem como a origem do que desencadeia essas transições e ir aferindo o seu desenvolvimento durante o processo.

Compreendendo o utente, o enfermeiro poderá criar uma relação terapêutica eficaz e propiciar um ambiente favorável para a orientação e negociação de transições saudáveis conseguindo prestar cuidados de excelência. Meleis refere que” a Enfermagem pretende que o cliente surja, depois de ser submetido a cuidados de enfermagem, não só mais confortável e com melhor capacidade para lidar com a sua atual doença, mas também capacitá-lo para lidar com transições futuras, com o intuito de promover a saúde “ (Meleis, 2010, p.25).

2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1 – Metodologia

Este trabalho tem a finalidade de dar a conhecer a evidência disponível acerca da perceção da mulher, sobre a preparação efetuada para o parto e a parentalidade. Pretende Identificar os aspetos valorizados pelas mulheres no pós-parto relativamente ao CPP que frequentaram e aferir quais as intervenções consideradas promotoras do seu empoderamento.

Assim, será possível refletir sobre as intervenções do enfermeiro que vão ao encontro das expetativas da mulher na preparação para o parto/parentalidade e promovem o seu empoderamento e retirar conclusões para aplicação na prática de cuidados.

Durante a realização do ensino clínico foram registadas em notas de campo as interações com as utentes em vários contextos de cuidados, posteriormente foi efetuada análise de conteúdo dos registos.

Deste modo, nos EC em que se proporcionou (EC II, num serviço de puerpério de um hospital fora da região de Lisboa. EC III, num centro de saúde de abrangência rural e urbana. Estágio com Relatório, numa sala de partos/puerpério de uma maternidade na cidade de Lisboa), procurou-se obter o maior número de contactos possível com puérperas que tivessem frequentado um CPP. Para tal, foram explicados à equipa e às clientes os objetivos do estudo desta temática e a necessidade desta interação para a sua concretização.

Houve necessidade de adequar as atividades aos contextos e possibilidades que surgiam, sendo o planeamento das atividades (APÊNDICE II) cumprido na integra tendo-se proporcionado a execução de mais algumas atividades.

Questão de investigação:

Recorreu-se à formulação de uma pergunta no formato PICo. A formulação da pergunta neste formato pretende estruturar a abordagem nas bases de dados, perante o problema em estudo, enunciando os Participantes (P) que devem ser restritos a um grupo com características comuns, o fenómeno de interesse (I) e o Contexto (C). Assim, a questão colocada é:

Qual a percepção das puérperas sobre as intervenções promotoras do empoderamento da mulher para o trabalho de parto proporcionadas na preparação pré-natal?

Sendo que:

P - Puérperas

I - Percepção da puérpera

C – Sala de parto/puerpério

2.1.1– Revisão sistemática da literatura

A Prática Baseada na Evidência aplicada à enfermagem “...inclui a melhor evidência disponível proveniente de uma série de fontes, incluindo estudos de investigação, evidência decorrente da experiência e perícia em enfermagem e de líderes da comunidade” (Stanhope, Lancaster 2011, p.291).

A integração da teoria na prática é facilitada através da reflexão contínua sobre a ação e esta surge como um processo contínuo para a busca de estratégias que nos permitam um desempenho mais eficaz. Para tal, é também imprescindível a fundamentação científica com base na evidência disponível. Assim, como ponto de partida para o estudo desta temática foi efetuada uma revisão narrativa da literatura. Posteriormente seguindo a metodologia da RSL, entendendo-se por Revisão Sistemática de Literatura uma síntese dos resultados da investigação de um determinado tema utilizando um método rigoroso de procura, análise, avaliação e síntese.

O percurso da revisão sistemática da literatura realizou-se com recurso à plataforma EBSCO, selecionando-se as bases de dados CINAHL (withfulltext), MEDLINE (withfulltext), e na plataforma SCOPUS em Sciencedirect.com e on-linelibrary. O percurso metodológico encontra-se esquematizado detalhadamente em seguida.

As palavras-chave utilizadas foram: Percepção, Mulheres/Mães/ Puérperas, Preparação para o parto e na língua inglesa.

Esquema 1: Percurso metodológico da pesquisa de estudos para análise.

Bases de dados consultadas:

ESBSCO

CINAHL PLUS (with full text)

MEDLINE (with full text)

SCOPUS

Sciencedirect.com

Online Library

CINAHL PLUS Descritores:

"Women" OR "Mother" n=44808

"Child birth education" OR "Prenatal education" n=1658

"Perception" n=56886

MEDLINE Descritores:

"Women" OR "Mother" n=110809

"Child birth education" OR "Prenatal education" n=432

"Perception" n=47

Conjugação dos Descritores Seleccionados CINAHL:

"Women" OR "Mother" AND "Child birth education" OR "Prenatal education" AND
"Perception" n=3

Conjugação dos Descritores Seleccionados MEDLINE:

"Women" OR "Mother" AND "Child birth education" OR "Prenatal education" AND
"Perception" n=1

Filtração:

De 1 janeiro de 2010 até 17 julho 2016

Texto integral

Lingua: Inglês, Espanhol e Português

Artigos seleccionados:

N= 2 CINAHL

N= 1 MEDLINE (Após exclusão de artigos CINAHL)

N= 2 sciencedirect.com

N=2 Online Library

Após esta pesquisa observou-se que a evidência disponível atual, sobre a percepção das mulheres sobre a preparação para o parto, é escassa. Tendo sido possível encontrar 7 estudos recentes relacionados com o tema e cujo conteúdo se descreve nos quadros síntese que se seguem por ordem cronológica:

Quadro nº1: Quadro síntese do estudo “Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo”.

Título do Artigo	“Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo”.
Autores	Carla Manuela Lino Morgado, Carla Olívia Costa Pacheco, Cília Mirene Simões Belém, Maria de Fátima Correia Nogueira.
Referência Ano/País	Revista Referência II, Nº12, março 2010, p.17-27. Portugal, 2010.
Objetivos	Analisar a “Antecipação da Experiência de Parto” das grávidas que recorreram aos Serviços de Consulta Externa de Obstetrícia e Núcleo de Partos do Hospital de São Sebastião e comparar o efeito da variável “Preparação para o Parto” na “Antecipação da Experiência de Parto” dessas grávidas.
Participantes/ Contexto	Selecionadas 69 grávidas nulíparas, com um mínimo de 26 semanas de gestação que se deslocaram aos referidos serviços entre 11 de Abril e 6 de Junho de 2008, divididas por dois grupos (com e sem preparação para o parto). Entrevistadas após o parto.
Tipo de Estudo	Quantitativo, descritivo correlacional, com recurso a uma amostragem não probabilística acidental e a análise de conteúdo de questionário.
Conclusões	As grávidas, que frequentaram no mínimo 4 sessões de preparação para o parto, apresentam grandes diferenças relativamente às que não realizaram CPP: menos dor durante o parto, possuem mais conhecimentos sobre a analgesia epidural, treinam mais métodos de respiração e relaxamento, esperam menos tempo para tocar no bebé e preparam o enxoval mais cedo. As intervenções que se revelaram mais importantes são as relacionadas com as aulas práticas (estratégias de respiração, auto-controlo, relaxamento) e a informação sobre a fisiologia do parto.

Quadro nº2: Quadro síntese do estudo “Childbirth experience of participants in Lamaze childbirth education [Korean]”.

Titulo do Artigo	“Childbirth experience of participants in Lamaze childbirth education [Korean].”
Autores	YEO, Jung Hee
Referência Ano/País	Korean J Women Health Nurs Vol. 16, No. 3, 215-223, September, 2010. Coreia do Sul, 2010.
Objetivos	Explorar a estrutura essencial e os significados das experiências de nascimento em mulheres coreanas frequentadoras da preparação para o parto pela metodologia Lamaze.
Participantes/ Contexto	Seis puérperas primíparas participantes na preparação para o parto Lamaze, de março a julho de 2009.
Tipo de Estudo	Qualitativo. Análise de conteúdo das entrevistas.
Conclusões	A experiência de nascimento foi de um modo geral positiva, tendo havido contribuição do CPP. A utilidade atribuída ao CPP foi sobretudo relativa ao conhecimento da fisiologia e capacidade de suportar a dor. É necessário adequar estratégias de enfermagem no CCP que capacitem as mulheres a encontrar estratégias para enfrentar os aspetos emocionais e sócio-ambientais do nascimento.

Quadro nº3: Quadro síntese do estudo “Turkish women`s perception of antenatal education”.

Titulo do Artigo	Turkish women`s perception of antenatal education
Autores	P. Serçecus, S. Mete
Referência Ano/País	International Nursing Review, International Council of Nurses 2010. Turquia 2010.
Objetivos	Descrever a perceção das mulheres relativamente à educação pré natal, durante a gravidez, parto e período pós parto. Descrever as suas opiniões sobre o tipo de educação prestada.
Participantes/ Contexto	15 primíparas que tinham frequentado educação pré natal.
Tipo de Estudo	Qualitativo. Análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas.
Conclusões	Os programas de educação pré natal conferiram às mulheres conhecimentos sobre a gravidez, parto e período de puerpério. A educação pré natal tem efeitos positivos na vivência da gravidez e parto, na amamentação, nos cuidados ao RN e ao mesmo tempo diminui o medo do parto. Foram detetadas vantagens e desvantagens tanto nas sessões individuais como de grupo, no entanto as mulheres referiram maior satisfação com as sessões de grupo.

Quadro nº4: Quadro síntese do estudo “Chinese women`s perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood”.

Titulo do Artigo	“Chinese women`s perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood”
Autores	Eleanor Holroyd, Sheila Twin, Ip Wan Yim
Referência Ano/País	British Journal of Midwifery, February 2011, Vol 19, No 2 China, 2011
Objetivos	Avaliar a perceção das mulheres relativamente à eficácia dos programas de educação pré-natal hospitalares no período de puerpério precoce.
Participantes/ Contexto	A totalidade das puérperas primíparas que tenham assistido a quatro ou mais sessões do último curso do programa de preparação para o parto em dois hospitais com programas de preparação para o parto com existencia minima de 4 anos (Conteúdos e filosofia similares).
Tipo de Estudo	Qualitativo. Múltiplos estudos de caso com recurso a um questionário de satisfação sobre o programa de educação pré natal e um questionário de conhecimentos, realizado em duas maternidades.
Conclusões	As mulheres referiram maior satisfação com as formadoras EEESMO; as ideias das mulheres chinesas sobre alimentação e sobre o período do puerpério são sobretudo influenciados pelas praticas e crenças culturais;há necessidade de redefenir o currículo para um programa que abranja todas as fases desde o periodo pré-concepcional à parentalidade.

Quadro nº5: Quadro síntese do estudo “Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto”.

Titulo do Artigo	“Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto”
Autores	Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Amanda Domingos Bento
Referência Ano/País	Rev Rene, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):471-7. Brasil 2011.
Objetivos	Descrever o cuidado de enfermagem obstétrica ao parto normal e analisar o exercício da autonomia pelas mulheres durante esse cuidado.
Participantes/ Contexto	16 puérperas com mais de 72 horas de pós parto, que tiveram o seu parto e seguimento na unidade de saúde.
Tipo de Estudo	Pesquisa qualitativa, com recurso a análise de conteúdo de entrevistas, desenvolvidas na única casa de parto da cidade do Rio de Janeiro.
Conclusões	<p>O cuidado das enfermeiras foi descrito como satisfatório, com competência técnica e humana, que contempla as necessidades, desejos, expectativas e escolhas das mulheres durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>As práticas educativas no pré-natal surgiram como estratégias de cuidado que permitem à mulher escolher e tomar decisão sobre o que é melhor para si.</p> <p>O cuidado de enfermagem obstétrica na casa de parto é caracterizado pela humanização, integralidade e em práticas que promovem o conforto, o protagonismo e a autonomia da mulher durante o trabalho de parto.</p>

Quadro nº6: Quadro síntese do estudo “ Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: Um enfoque na percepção das gestantes”.

Título do Artigo	“ Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: Um enfoque na percepção das gestantes”
Autores	Ana Carla Pereira Alves, Maria de Fátima Esmeraldo Ramos Figueiredo, Natalia Peixoto Luis de Sousa, Célida Juliana de Oliveira, Dayanne Rakelly de Oliveira, Wilker Malta de Sousa.
Referência Ano/País	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.1):648-53. Brasil, 2013.
Objetivos	Identificar as percepções das gestantes sobre o uso de uma tecnologia educativa para ser utilizada no curso de preparação pré-natal.
Participantes/ Contexto	17 grávidas entre os 26 e 29 anos, casadas, com baixa escolaridade e rendimentos. Em duas unidades básicas de saúde do município de Brejo Santo-CE, no período de outubro a novembro de 2011.
Tipo de Estudo	Pesquisa participante, descritiva e quantiquantitativa, realizada a partir da aplicação de um jogo educativo. Utilizou-se para colheita de dados um formulário e a observação participante e empregou-se a análise de conteúdo para o tratamento de dados.
Conclusões	Durante a aplicação do jogo, o grupo mostrou-se bastante participativo, foram esclarecidas as dúvidas e trocadas experiências. A avaliação realizada pelas grávidas mostrou que a estratégia contribuiu para o processo de aprendizagem. O grupo demonstrou uma excelente aceitação e desejo de participar novamente, demonstrando a adequabilidade do jogo para ser trabalhado neste contexto.

Quadro nº7: Quadro síntese do estudo “Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women’s perspectives”.

Titulo do Artigo	“Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women’s perspectives.”
Autores	Ingvild Aune, Helen Marit Torvik, Siv-Tonje Selboe, Ann-Karin Skogås, Janicke Persen, Unn Dahlberg.
Referência Ano/País	Midwifery, march 2015. Noruega, 2015.
Objetivos	Obter uma melhor compreensão dos fatores internos e ambientais que são importantes para o parto normal e para uma experiência positiva de nascimento.
Participantes/ Contexto	12 puérperas primíparas com uma experiência positiva de parto normal que frequentaram o programa de preparação para o parto. Entrevistadas numa maternidade com mais de 4000 nascimentos por ano.
Tipo de Estudo	Qualitativo. Análise de conteúdo de entrevistas.
Conclusões	As mulheres experienciaram que o ambiente acolhedor e o apoio prestado contribuíram para a sensação de segurança, confiança e força emocional, que consideram ter sido os fatores mais importantes na experiência positiva do parto normal. As mulheres tinham uma atitude positiva relativamente ao parto e usaram estratégias de coping para lidar com o mesmo o que conduziu a uma experiência positiva. A perspetiva natural que as mulheres tinham relativamente ao nascimento como parte da sua preparação pré natal também contribuiu para uma experiência de nascimento positiva.

URL dos artigos encontrados (APÊNDICE I).

2.1.2 – Apresentação, análise e discussão dos dados obtidos

Como já foi referido, no decorrer dos ensinamentos clínicos foram registadas as interações com as parturientes e puérperas através de notas de campo. A análise de conteúdo desses registos foi efetuada tendo por base os trabalhos de Jorge Vala (2001) e Lima (2013) sobre análise de conteúdo.

Na análise que se segue irão ser citados excertos das notas de campo que foram considerados ilustrativos e demonstrativos das categorias encontradas e das inferências efetuadas.

As transcrições/excertos das notas de campo consideradas pertinentes para ilustrar este trabalho estão codificadas (por exemplo: NC1) por forma a preservar o anonimato dos participantes.

Relativamente às características das participantes, observou-se que as mulheres que frequentam os cursos de preparação para o parto são maioritariamente trabalhadoras diferenciadas (vinte), havendo nove trabalhadoras indiferenciadas e três desempregadas.

No que diz respeito ao grau de escolaridade das inquiridas, quatro tinham concluído o ensino básico, seis o ensino secundário e vinte e duas o ensino politécnico ou universitário. O que vai ao encontro à evidência já existente. Morgado et al referem “... verifica-se ainda que em termos comparativos a percentagem de grávidas especialistas das profissões intelectuais ou científicas é muito superior no grupo com preparação (36.3% versus 5.6%).” (2010, p.20).

Há a percepção de que as mulheres/casais que mais procuram os cursos são os que têm à partida mais informação e possibilidades de acesso, como está explícito em alguns registos:

“...O curso não está disponível, é preciso querer muito e procurar” (NC 18);

“...É muito difícil o acesso. Refere que quem faz é quem quer muito e procura e essas pessoas são provavelmente quem precisa menos de informação.” (NC 22);

“...o acesso é difícil e que quem quer fazer tem que persistir o que acaba por fazer com que as pessoas menos esclarecidas e que se calhar precisavam ainda mais fiquem de fora.” (NC 27).

Relativamente aos cursos frequentados pelas participantes foi possível observar relativamente às características dos locais e tipos de curso:

Tendo cinco mulheres frequentado o curso no Hospital, dezanove no Centro de Saúde, oito em Centro/ Clínica Privada e dezasseis exclusivamente teóricos e dezasseis teórico práticos.

Estes CPP foram ainda muito divergentes na carga horária e frequência das sessões. Sendo o CPP com menor carga horária de três sessões de três horas e o de maior com sessões de duas horas, três vezes por semana durante oito a dez semanas.

Pela frequência com que foram mencionados certos aspetos, foi possível estabelecer algumas categorias e subcategorias que estão expostas no quadro seguinte:

Quadro nº8: Categorias e subcategorias encontradas.

Temas	Categorias
Perceção geral do curso.	
Contributo do CPP para o empoderamento da mulher relativamente ao trabalho de parto.	Conhecimento sobre plano de parto
	Conhecimentos para definir desejos para o seu parto
	Participação nas decisões relativas ao trabalho de parto.
Contributo do CPP no período pós parto e nos cuidados ao RN.	
Sugestões de intervenções a incluir no CPP.	

A **Perceção geral do curso** é o primeiro tema abordado quando se inicia a interacção. Todas as mulheres (e seus companheiros quando presentes) que participaram tecem de imediato considerações gerais, sempre favoráveis. Podem encontrar-se registos nas notas de campo como:

“... acharam muito bom e importante, ajudou a integrar o pai no processo... Ajudou a prever o que ia acontecer, a compreender a fisiologia e a lidar com as emoções...Sentiu-se mais preparada.” (NC 1);

A maioria das participantes refere que o CPP foi muito bom, muito importante e útil, que este as ajudou muito. (NC 3, NC 6, NC 7, NC 8, NC 10, NC 12, NC 13, NC 14, NC 17).

Este dado é também coincidente com a evidência encontrada na RSL e bibliografia consultada. Yeo refere: “a experiência de nascimento foi de um modo geral positiva, parcialmente devido à preparação pré-natal” (Yeo, 2010, p.215).

“...as grávidas, que frequentaram no mínimo 4 sessões de preparação para o parto, apresentam um melhor planeamento e preparação para o parto...” (Morgado et al, 2010, p.17). “... a Preparação Pré Natal influencia positivamente a percepção da experiência do nascimento.” (Frias, 2011, p.409).

O segundo tema, **Contributo do CPP para o empoderamento da mulher na vivência do seu parto**, surge quando se analisa as preferências das participantes para o seu parto, sendo perceptível que empoderamento da mulher é ainda um conceito ao qual é dada pouca relevância.

Neste âmbito, analisando os registos obtidos sobressaiem quatro categorias:

- **Conhecimentos sobre o plano de parto**, o conceito de plano de parto nem sempre é abordado nos CPP. Da totalidade das participantes, apenas oito referem ter construído o seu plano de parto por escrito; cinco apresentaram-no na altura do parto; três consideram que o seu plano de parto foi respeitado na íntegra; quase todas referem ter sido positivo ser esclarecidas acerca das possibilidades de ocorrências e de escolhas durante o trabalho de parto.

Foi expresso por algumas participantes que na sua opinião alguns dos profissionais que ministram o curso não estão despertos para a importância de abordar este assunto com as grávidas e estimular à sua elaboração.

“Refere duvidar que a profissional responsável pelo curso esteja desperta para a importância desse documento.” (NC 20).

Contudo, cerca de metade das participantes referem como intervenção importante o estímulo à procura de informação acerca das recomendações atuais e para a construção do plano de parto.

O plano de parto é um importante instrumento para o empoderamento da mulher na vivência do seu parto. Segundo a Associação Portuguesa dos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto:

“...Conversar sobre o plano de parto com o prestador de cuidados de saúde permite colocar questões e perceber o que pode ser possível; sensibilizá-lo para as

prioridades da mulher e dar-lhe a hipótese de a conhecer, e aos seus sentimentos e expectativas...” (2015, p.2).

Refletir sobre um plano para o seu parto permite também à mulher, tomar consciência dos seus direitos, das alternativas de assistência no parto e partilhar esta reflexão com o seu companheiro (Cortes et al., 2005).

No entanto, quando observado o comportamento das participantes e analisadas as suas dúvidas, é perceptível que as opções abordadas nos CPP se relacionam sobretudo com os métodos de alívio da dor farmacológicos, nomeadamente a possibilidade de efetuar analgesia epidural ou não.

Ainda, quando questionadas sobre se tinham elaborado um plano para o seu parto foi referido:

“...isso não foi muito falado.”(NC 1);

“...Não se lembra de terem falado nisso, mas também acha que não foi preciso.” (NC 3);

“O curso esclarece o decurso do que se irá passar em termos de fisiologia, mas não as opções que há, ou se elas serão bem aceites.” (NC 18);

“ Não fez. Sabia o que queria, porque procurou muita informação, não pelo curso. Vinha preparada para não receberem bem as suas preferências.” (NC 20).

Relativamente ao conhecimento sobre o conceito de plano de parto, apenas três grávidas referiram ter tido conhecimento deste através do CPP:

“Não falaram, mas recomendaram sites onde poderiam recolher informação para construir o documento e explicaram o que era.” (NC 2);

“... mas no curso falaram no plano de parto.” (NC 25);

“...falaram no CPP sobre o plano de parto, mas muito superficialmente, quem quer depois tem que procurar” (NC 29).

A evidência encontrada faz referência a diversos fatores promotores de uma experiência positiva do nascimento passíveis de serem desenvolvidos na preparação pré natal e sugere que o plano de parto pode até ser prejudicial dada a imprevisibilidade da situação (Aune et al, 2015). Esta perspetiva poderá justificar a lacuna que é perceptível relativamente ao plano de parto e à informação facultada às mulheres.

Outro aspeto sugerido pelas clientes, foi a possibilidade dos profissionais estarem pouco preparados ou seguros para falar sobre a temática.

Ao encontro deste achado Aragão (2015) refere que a orientação durante o período pré-natal para a elaboração de um plano de parto deve fazer parte da assistência, mas é uma estratégia pouco desenvolvida pelos profissionais.

- **Conhecimentos para definir desejos para o seu parto.** Nesta segunda categoria, pela observação e testemunhos recolhidos é possível inferir que nos CPP é sempre esclarecida a fisiologia e progressão natural do parto, mas não são esclarecidas as opções e as decisões em que as grávidas/casais possam eventualmente participar ou as escolhas que têm ao seu alcance:

Cerca de metade das participantes mencionam o esclarecimento sobre metodologias não farmacológicas do alívio da dor como aspeto muito importante do CPP.

Algumas participantes referem que o curso dá alguma segurança, mas que não se fala muito dos aspetos que podem escolher ou intervir (NC 7, NC 9 e NC 10).

Mencionam também que as ajudou a interessarem-se e a irem procurar informação (NC 10, NC 16).

E ainda:

“O curso foi importante para ter conhecimento de algumas técnicas a usar para conforto no trabalho de parto, como a bola de pilatos, mas não esclarece opções” (NC 23).

De acordo com Sodré et al. (2004) o grau de informação recebido tanto durante a gravidez como durante o trabalho de parto, tem-se mostrado como fator de grande relevância para as mulheres por possibilitar maior participação no processo de decisão e aumentar a sua perceção de estar no controle da situação. E neste âmbito os CPP são um contexto privilegiado para esta intervenção dada a avidez com que a maior parte das grávidas/casais têm relativamente às informações que dizem respeito ao parto.

- **Participação nas decisões relativas ao trabalho de parto.** Neste aspeto, que constitui a terceira categoria deste tema, apenas algumas mulheres se consideram satisfeitas e sem ter nada a apontar (NC 1, NC 9, NC 18, NC 21, NC 23, NC 25) e apenas uma refere que o seu parto excedeu as suas expectativas:

“Não senti necessidade de intervir porque a estimularam a coisas que ela nem sabia que podia fazer e fez todo o sentido. Considera ter tido um parto maravilhoso e participou muito mais do que achava possível.” (NC 32).

De um modo geral verifica-se alguma insatisfação durante o trabalho de parto e parto, relativamente à possibilidade de participação por parte da mulher/casal, proporcionada pelos profissionais durante o TP e parto:

“Não respeitaram o seu plano de parto, explicando que ali (local onde ocorreu o parto) tinha de ser assim.” (NC 10);

“No período expulsivo queria sentar-se e não deixaram, acha que se tornou mais difícil por isso... Com o curso sentiu-se mais capaz para colaborar e participar nas decisões.” (NC 20);

“Não participou, mas gostou da assistência, apesar de muito diretivos, são muito competentes e procuram dar segurança.” (NC 27);

“Sentiu-se um pouco reprimida ... e não lhe explicaram nada... Insistiram muito para fazer epidural. Mas ela não quis, sentiu que isso foi mal recebido... sente que não participou... Fez o que lhe mandaram...” (NC 28).

Observou-se que cerca de um quarto das participantes refere ter tido a/as suas preferências recusadas ou mal recebidas sem justificação consistente. A maior parte refere como principal fator inibidor da expressão da sua vontade o medo da reação dos profissionais. Algumas referem simultaneamente a confiança na experiência e perícia dos profissionais como fator inibidor.

Assim, torna-se pertinente também registar quais são as intervenções referidas como sendo favoráveis para a participação da mulher relativamente ao seu TP.

São mencionados o acolhimento e acompanhamento proporcionado pelos profissionais da sala de parto, nomeadamente dos EEESMO. Este é salientado por muitas das participantes como determinante na sua capacidade em participar no seu parto (NC 1, NC 3, NC9, NC18, NC 22, NC23, NC24, NC 27, NC 30, NC 31, NC 32).

Esta evidência está também presente nos estudos encontrados, como exemplo, Pereira e Bento 2011 referem: “No que diz respeito ao apoio e incentivo no processo de parto, os dados revelaram que o cuidar da enfermeira obstétrica pode contribuir para que a parturiente tenha o exercício de seu poder de parir.” (p.475).

Outro aspeto muito valorizado é a permissão para a presença permanente do seu companheiro.

“Deixaram o marido ficar sempre ao pé dela o que considera ter sido excelente.” (NC 2).

Por último, a intervenção que se destaca é o CPP. Este é considerado muito útil para a capacidade de participação havendo sobretudo a referência de que dá

confiança, previsibilidade e ajuda a saber colaborar. Este último aspeto é muito valorizado, verifica-se que a maioria das mulheres quer antecipadamente saber o que se espera delas e como podem agir de forma a corresponder a um modelo considerado correto. Várias participantes referem que o curso as ajudou a saber como colaborar. (NC6, NC8, NC10, NC 19). Foi também referido: “O curso dá alguma segurança.” (NC 12, NC13);

“Com o curso sentiu-se mais capaz para colaborar e participar nas decisões.” (NC 20);

“Houve coisas que com o curso percebeu melhor e não ficou tão ansiosa.” (NC 21);

“O curso ajudou-a a sentir-se mais confiante.” (NC 25).

O envolvimento no processo de decisão tem sido apontado como um dos principais aspetos a considerar para a satisfação das mulheres com os serviços que atendem o parto. De um modo geral este controlo é importante para as mulheres e em última análise garante o exercício do direito fundamental de autonomia.

A referência aos **sentimentos durante o parto** é evidente em todas as interações e é observado que todas as mulheres sentem necessidade de partilhar o que sentiram durante o parto.

Encontram-se descritos sentimentos muito divergentes e por vezes ambíguos. Houve referência a sentimentos positivos como:

Bem estar e confiança: NC 20, NC 21, NC 26, NC 31, NC 25;

Bem estar e respeito: NC 29, NC 32;

“...sentiram-se bem, os profissionais foram muito atenciosos.” (NC 18);

“Sentiu-se bem, muito bem acolhida.” (NC 23);

“Sentiu-se bem e considera que foi um bom parto.” (NC 27);

“Sentiu-se bem. Apesar de lhe parecer que nunca mais acabava os profissionais foram excelentes.” (NC 30).

Foram também observados e relatados sentimentos negativos:

Medo e ansiedade: (NC 3, NC4, NC7, NC8, NC9, NC12, NC 19);

Desilusão: *“Mais ou menos... Desiludiu-se um pouco... Não a trataram mal, mas entristeceram-na algumas posturas.” (NC 2).*

Impotência: *“Sentiu-se muito impotente e fragil.” NC10;*

Insegurança e apreensão: *“Sentiu-se bastante insegura e apreensiva, foi muito doloroso.” (NC 18); “Chegou a duvidar que iria conseguir fazer nascer o seu filho.” (NC 24).*

Repressão e constrangimento: *“Sentiu-se um pouco reprimida porque assim que chegou puseram-lhe soro e não lhe explicaram nada. Sentiu-se constrangida...” (NC 28);*

Desânimo: “...teve alguns momentos de desânimo...” (NC 31).

Neste âmbito, mais uma vez, sobressai a intervenção do EEESMO no acompanhamento do TP como determinante dos sentimentos experienciados pelas mulheres quer de forma positiva quer de forma negativa. O CPP é também referido como intervenção EEESMO favorável a sentimentos positivos durante o parto.

“O curso ajudou porque lhe explicaram como acontecia tudo e como o bebé nascia...” (NC 3);

“Com o curso sentiu-se mais capaz...” (NC 20);

“O curso ajudou-a a sentir-se mais confiante.” (NC 25);

“A preparação para o parto ajudou imenso.” (NC 26).

Os estudos encontrados corroboram esta observação: Serçecus e Mete (2010) concluem que os CPP, ao darem às mulheres informação sobre o TP, parto e puerpério, diminuem o medo do parto. E Pereira e Bento (2011) reforçam a influência da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO no TP como determinante nos sentimentos experienciados pelas mulheres durante o parto.

Relativamente ao terceiro tema: **Contributo do CPP no período pós parto e nos cuidados ao RN**, são observadas diferenças muito significativas na experiência e afirmações das puerperas que participaram.

Assim, podemos observar considerações gerais positivas relativamente ao contributo do CPP:

“Sentiu-se bem, achou maravilhoso... dá segurança saber como se deve fazer para tudo correr bem. Apesar de já ter sido mãe, no curso aprendeu muito.” (NC 2);

“Estava bastante tranquila e não sabe o que foi mais importante se foi o acompanhamento que tem tido da equipa de enfermagem no serviço, se foi o curso.” (NC 4);

“No curso aprendeu muito, mesmo já tendo sido mãe”. (NC 19);

“Houve coisas que com o curso percebeu melhor e não ficou tão ansiosa.” (NC 21);

“O curso ajudou bastante neste aspeto.” (NC 30);

Algumas participantes referem ainda que o CPP ajudou bastante pois dá uma previsão das dificuldades e de como resolvê-las (NC3, NC9, NC10, NC 12, NC 15, NC 16, NC 17, NC 23, NC 25, NC 29, NC 31).

Contudo há também participantes que referem que o curso ajuda, mas que o confronto com a necessidade de cuidar do bebé é muito diferente do esperado e a falta da componente prática é muito criticada. (NC 3, NC 5, NC 18, NC 20, NC 32).

A maioria das participantes dá ênfase à informação relativa à amamentação e cuidados ao RN. No entanto, referem por vezes que embora preciosa, essa intervenção é insuficiente devido à falta de componente prática, destacando o acompanhamento das enfermeiras do serviço de puerpério.

“Houve sempre uma enfermeira para explicar tudo. O curso ajudou um pouco, mas não houve pratica nenhuma.” (NC 3);

“O curso dá algumas pistas mas acha que o que é transmitido não é suficiente.” (NC 27);

“Sentiu-se um pouco insegura. Mas as Enfermeiras do serviço têm sido muito atenciosas e já está bem melhor. Acha que o curso dá algumas pistas, sobretudo em relação à amamentação, mas o mais importante é o acompanhamento dado aqui (puerpério).” (NC 28)

Importa também registar as declarações das participantes que referem não ter sido ajudadas pelo CPP relativamente a este aspeto:

As participantes de NC7, NC14, NC11, referem que o CPP não as ajudou relativamente a esse aspeto;

“ Sentiu-se muito confusa. Nada preparada...” (NC 1);

“Refere que no curso parece fácil, é dada uma ideia um pouco romântica, mas cuidar de um recém nascido após o parto não é fácil.” (NC 24);

Há participantes que referem ter tido mais necessidade de apoio profissional após o regresso a casa:

“O regresso a casa não foi fácil. Foi bom poder recorrer à enfermeira do centro de saúde.” (NC 6, NC 8, NC 10);

“A subida do leite foi em casa, ninguém nos prepara para o quanto é difícil nem há ninguém para apoiar, as linhas de amamentação que falam não funcionam.” (NC14, NC 13).

Assim, sobressai que o CPP contribui para uma vivência mais tranquila no período pós parto, devido sobretudo à informação sobre amamentação e cuidados ao recém nascido. No entanto, a falta da componente prática é muito sentida. Por outro lado, a necessidade de integração num contínuo de cuidados consistente no período após o parto apresenta-se como uma necessidade vital para o sucesso do processo de transição vivenciado pela família.

Quanto ao quarto tema encontrado: **Sugestões de intervenções a incluir no CPP**, é possível encontrar alguns aspetos apontados como muito importantes:

Todas as participantes referem que o curso deveria ser mais prático. A componente prática, foi em alguns cursos inexistente e nos outros considerada insuficiente:

“Em ambos os cursos achou a componente pratica muito reduzida.” (NC 20);

“Refere que faltou a componente pratica mais vezes e em mais assuntos, pois a aprendizagem só se consolida fazendo.” (NC 21);

“Acha apenas que foi muito teorico” (NC 22).

Outro aspeto referido por muitas participantes foi a pouca importância dada ao pai durante o curso:

“O pai também participou pouco. Está lá a assistir, mas como é pouco pratico, na hora ficam à mesma sem saber o que fazer.” (NC 1);

As participantes de: NC 4, NC 6, NC 10, NC 16, NC 24, NC 27 referem achar que o pai é um pouco esquecido e que faltou mais envolvimento do pai. Em NC 6, NC 10, NC 16, NC 17 encontrámos afirmações de que ninguém falou na participação do pai ou como este poderia ajudar no parto.

“Acha que se esquecem do pai porque leu muito e procurou muita informação. Pareceu-lhe que mais ninguém deu por isso (dos outros casais).” (NC 18).

Estes achados vão ao encontro do exposto em estudos anteriores que referem que a preparação pré natal preserva os papéis de género tradicionais dando ao homem um papel secundário no nascimento e nos cuidados ao recém nascido (Erlansson e Häggström, 2010).

Outro aspeto a incluir no CPP de acordo com a perceção de algumas participantes é uma maior interação entre os participantes do CPP. Como exemplo:

“Acha que faltou mais interação. Achou o curso muito diretivo e expositivo. Havia abertura para todas as dúvidas mas não havia muita interação.” NC 24;

“Gostava de ter feito o curso com outros casais pois foi individual por não haver mais ninguém e faltou a parte da interação e partilha.” (NC 25, NC 26).

Outro tema também considerado importante para integrar nos CPP relaciona-se com a duração do curso, que algumas participantes consideram ter sido importante terem mais sessões (NC 2, NC6, NC8, NC9, NC10, NC11, NC14, NC16, NC17). Outras referem que o curso é demasiado intensivo e que seria importante iniciar numa fase mais precoce da gravidez, pois o curso torna-se demasiado intensivo. (NC 12, NC 22, NC 23, NC 28).

Por último, o aspeto referido com menos prevalência como sugestão de melhoria, foi a abordagem de algumas temáticas não contempladas em alguns cursos como a utilização de estratégias de relaxamento e alívio da dor, plano de parto e vivências do pós-parto, como referido nas declarações seguintes:

“Teria sido útil trabalhar mais a parte das estratégias de relaxamento e do alívio da dor... mas compreende que o tempo tem que ser canalizado para o essencial.” (NC 4);

“Achou que faltaram alguns assuntos como o plano de parto e a organização/vivência no pós parto.” (NC10, NC 20).

3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A competência e o aperfeiçoamento profissional, bem como a excelência profissional, são princípios gerais previstos no Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes et al, 2005). Deste modo, é vital ao Enfermeiro investir na sua formação e atualização de conhecimentos para prestar cuidados de excelência, que é melhor conseguido com o recurso à especialização numa área de cuidados.

A especialização numa área de cuidados implica a aquisição de competências especializadas num determinado campo de intervenção. Estas devem permitir uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença que vivencia, bem como um entendimento profundo das respostas humanas em situações específicas, permitindo a prestação do cuidados com um elevado padrão de qualidade e centrados nas necessidades da pessoa (Leite, 2006).

O desenvolvimento de competências é um processo moroso, complexo e trabalhoso, que exige a construção de um percurso de formação e experiência profissional. Para que este ocorra, é necessário o investimento numa sólida base de conhecimentos em que estão incluídos o saber teórico concetual, o saber científico, resultante da evidência científica encontrada pela investigação e o saber acumulado pela experiência profissional/clínica do sujeito. Todos promovem a capacidade de percepção e interpretação das situações e uma adequada capacidade de agir (Phaneuf, 2005). As competências clínicas definem-se, de acordo com Phaneuf, como: "... a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afetivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados..." (Phaneuf, 2005, p.4) sendo estas que permitem à enfermeira atingir a excelência de cuidados.

Estas ideias são também partilhadas por Benner (2001), quando refere que a progressão do conhecimento não consiste apenas na acumulação de saber teórico, mas também no desenvolvimento do conhecimento pratico, do saber fazer, só passível de ser adquirido em contexto de experiência clínica vivida e pelo registo e reflexão sobre a mesma. De acordo com a mesma autora a experiência é indispensável para o desenvolvimento de competências "...com o domínio da atividade vem a transformação da competência..." (Benner 2001, p.59).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro:

“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reproduivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio/alto risco entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo de vida reprodutivo da mulher .” (OE, 2010, p.1).

Assim, o desenvolvimento de competências de EEESMO foi uma conquista que só foi possível pela conjugação da preparação teórica proporcionada pelo trabalho de estudo e pesquisa, das experiências que foram vividas em contexto de prática clínica e pela constante reflexão e discussão sobre a prática com os colegas estudantes, professores, peritos e orientadores que acompanharam este percurso.

Na UC de Estágio com Relatório, foi possível desenvolver todas as competências previstas para os EEESMOG definidas pela OE (2011) e pelo regulamento Nº 127 do Diário da República de 18 fev. 2011 (ANEXO III) no âmbito das competências H2, H3 e H4 e pelo ICM 2013 (ANEXO IV). Serão consideradas as experiências e contributos de outros ensinos clínicos decorridos ao longo curso de especialização. Importa referir que o desenvolvimento das competências definidas como H1 pelo mesmo documento, foi possibilitado sobretudo pelas experiências dos Ensinos Clínicos I (ginecologia) e III (cuidados de saúde primários) e relativamente às competências H2 com grande contributo do EC IV (medicina materno-fetal), relatadas oportunamente no relatório correspondente.

O EC de Estágio com Relatório decorreu num Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica de uma maternidade de Lisboa. Este, é constituído pelo serviço de triagem/admissão com sala de observação, salas de parto, bloco de partos e respetiva sala de cuidados intermédios. Importa referir que há alguns défices logísticos e inadequação dos espaços aos cuidados que são prestados e às situações de emergência que ocorrem frequentemente. Por exemplo, nas salas de parto não existe unidade do recém nascido, sendo necessário afastamento deste para sala de cuidados ao recém nascido sempre que há necessidade de algum cuidado adicional, como aspiração de secreções, reanimação e/ou monitorização e/ou administração de O2. O transporte urgente de grávidas com necessidade de

intervenção no bloco operatório também é difícil e por vezes perigosamente demorado, uma vez que este se situa num piso diferente do da urgência. Os elevadores estão em local afastado e nem sempre funcionam devidamente.

A este serviço chegam utentes com todo o tipo de patologia ginecológica, mas sobretudo, grávidas em fim de tempo gestacional para o parto (espontâneo ou induzido), grávidas com gravidez não evolutiva, com aborto espontâneo e situações de risco variadas.

As mulheres que aqui recorrem, são maioritariamente residentes no centro de Lisboa e com uma grande diversidade de estatuto socio-económico, país de origem, língua de expressão, etnia e cultura, o que também contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional proporcionando o desenvolvimento de competências num contexto de multiculturalidade. Este aspeto é bastante importante pois o EEESMO deve, de acordo com o ICM (2013) e a OE (2011) ser capaz de prestar cuidados culturalmente sensíveis às mulheres e suas famílias.

A integração no local contou com algumas dificuldades iniciais, dada a inexperiência no contexto e o desfazamento entre algumas práticas instituídas e a evidência científica atual. Estas dificuldades foram facilmente ultrapassadas com o recurso às experiências de EC anteriores, aos conhecimentos detidos e pela orientação proporcionada pela Sra. Enf^a orientadora clínica bem como pela atitude disponível e colaborante de alguns elementos da equipa multidisciplinar nesse processo.

O desenvolvimento de competências, foi acontecendo de forma progressiva e crescente em consequência das experiências vividas, que proporcionaram a pesquisa e mobilização da evidência científica e reflexão constantes sobre a prática, com vista a alcançar a excelência de cuidados.

O desenvolvimento de competências desenvolvidas no EC será seguidamente relatado tendo em conta o regulamento de competências da OE já referido:

“H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.”

Embora o contexto de EC se situasse num serviço de urgência, foi possível

acompanhar algumas situações deste âmbito na triagem/admissão de utentes. É frequente o recurso a este serviço por parte de utentes em situações não urgentes, quer por falta de resposta dos cuidados de saúde primários, quer por desconhecimento por parte das mulheres sobre o que fazer perante determinada situação.

Assim, proporcionou-se o acompanhamento de mulheres que solicitavam confirmação de gravidez, métodos contraceptivos de longa duração e ainda a interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Esporadicamente surgiam situações do foro ginecológico, como complicações pós-operatórias, traumatismos, hemorragias e outras, justificando o recurso ao serviço de urgência.

Foi prestada colaboração na avaliação da situação, exame físico, diagnóstico e datação da gravidez, esclarecimento das utentes, educação para a saúde - competência primordial do EEESMO pela ICM (2013) e OE (2011) e o devido encaminhamento das situações, procurando oferecer respostas eficazes e adaptadas a cada mulher e sua situação.

Foi sentida segurança na abordagem a estas situações, pela anterior experiência profissional da estudante, mas sobretudo pelas competências maioritariamente desenvolvidas em ensinamentos clínicos anteriores, nomeadamente o EC I (Ginecologia), EC III (Cuidados de Saúde Primários).

“H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.”

No âmbito dos cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, foi possível acompanhar um leque muito variado de situações, conseguindo intervir de forma a potenciar a saúde das mulheres grávidas, detetar precocemente complicações e promovendo o bem estar materno-fetal.

Foram prestados cuidados a grávidas que recorriam ao serviço de urgência por ocorrência de aborto espontâneo e gravidez não evolutiva, situações que acarretam sempre tristeza para a grávida e sua família e exigem ao profissional uma postura acolhedora e uma comunicação, assertiva e terapêutica de modo a dar apoio emocional.

Estas utentes, por vezes ficam hospitalizadas para expulsão do embrião/feto e anexos, sendo necessária em algumas situações a intervenção em bloco operatório para curetagem o que, sendo um procedimento invasivo pode tornar a situação ainda mais traumática para a mulher.

Foram também acompanhadas mulheres com complicações várias de gravidez, tal como doença infecciosa aguda, colestase gravídica, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, rutura prematura da membranas e ameaça de parto pré termo.

Foi também frequente acolher e prestar cuidados a mulheres que se dirigiam ao serviço de urgência para vigilância do bem estar fetal. Quer por intuírem que algo não estava bem, quer por indicação médica.

Esta é uma situação que desperta alguma ansiedade na mulher e sua família, pelo receio que algo possa não estar bem com o feto, ou pela possibilidade da indução do parto uma vez que esta situação é frequente em gestações de termo.

A avaliação do bem estar materno e fetal, quer nas grávidas sem TP, quer em TP ativo foi efetuada através da entrevista, observação e registo da informação relevante, dos sinais e dos sintomas, e com recurso a monitorização externa com cardiotocógrafo (CTG), colocado após a execução das manobras de Leopold de forma a detetar a posição do feto e a colocação dos sensores.

A monitorização com CTG, embora não tenha constituído uma dificuldade, foi alvo de grandes progressos por parte da estudante neste EC, sobretudo relativamente à capacidade de interpretar e reportar/registar de forma correta o traçado, bem como à atuação em situações de traçado não tranquilizador (tipos 2-3 ACOG).

Neste âmbito, importa salientar a experiência obtida no EC IV (medicina materno-fetal) e o desenvolvimento de competências que se proporcionou, que foi determinante para o sucesso neste EC quer a nível técnico, teórico e científico, quer a nível humano.

“H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.”

O acompanhamento de grávidas durante todos os 4 estádios do TP foi a situação de cuidados mais presente e particular neste EC, permitindo o

desenvolvimento de competências específicas em situações com que até então não tinha havido oportunidade de contato.

Proporcionaram-se diferentes experiências e foi perceptível que embora existam protocolos de atuação que revelam o esforço institucional para implementar a evidência científica atual, as decisões clínicas e procedimentos variam significativamente de acordo com os profissionais que se encontram a acompanhar a utente (EEESMOs e equipa médica).

A admissão e acolhimento na sala de partos de grávidas em TP (chegadas do serviço de urgência e serviço de medicina materno-fetal) e sem TP, para indução do TP, foi também possibilitada. Esta situação, requer uma priorização dos cuidados a prestar de acordo como estágio de TP e situação em que a Sra. se encontre, iniciando-se sempre com a monitorização CTG, por forma a conseguir avaliar o bem estar fetal.

Por vezes havia necessidade de uma intervenção imediata, por parto eminente, ou por descompensação materno-fetal. No entanto, houve sempre a preocupação por parte da estudante de, oportunamente se apresentar, acolher a grávida e seu acompanhante, apresentar o serviço e explicar as normas, demonstrando uma postura acolhedora, disponível e interessada e esclarecendo qualquer dúvida. Potenciando deste modo a relação de confiança entre a mulher/família e os profissionais como refere a OE “o atendimento no serviço de urgência é crucial. A mulher pode sentir-se vulnerável e assim menos confiante, o atendimento deve ser afetuoso e hospitaleiro.” (OE, 2015, p.40). Esta primeira impressão e a forma como é promovido o estabelecimento da relação são também de acordo com Lowdermilk e Perry determinantes para “..a vivência de uma experiência de nascimento positiva.” (2008, p.415).

Foi também sistematicamente consultado o processo da utente e o boletim individual de saúde da grávida, no sentido de perceber as intercorrências do decurso da gravidez e os seus antecedentes pessoais de modo a aferir o risco e planear os cuidados a prestar.

Durante o EC apenas houve contacto com um casal que elaborou um plano de parto, este foi revisto e esclarecido com o casal, por forma a validar quais as suas aspirações e dúvidas e transmitir a informação aos colegas que posteriormente acompanharam o casal.

Foi observado pela interação com as grávidas/casais, que há ainda bastante renitência em expressar os desejos para o seu parto de forma escrita e muitas vezes mesmo de forma oral, com receio de uma má reação por parte dos profissionais. Por este motivo, foi estimulada a participação e expressão das preferências da mulher/casal durante o TP e parto, sempre que possível, observando-se que, mesmo quando não havia preferências consideradas relevantes para o casal, era invariavelmente valorizado o interesse do profissional (estudante) em conhecer os seus desejos e esclarecer as opções possíveis. O que vai ao encontro da recomendação da OE (2012) “O estabelecimento de uma atmosfera de compreensão e incentivo à auto-expressão, ... são aspetos essenciais a uma assistência de excelência.” (OE 2012, p.20).

Como é preconizado pela OMS nas recomendações na assistência ao parto normal (1996) e mantido pelas recomendações FAME (2009) e linhas orientadoras ACOG (2012) e NICE (2014) atuais, sempre que possível, foi promovido o conforto da mulher através de metodologias não farmacológicas do alívio do desconforto. Através da utilização da bola de pilates, música, duche, ingestão de líquidos claros (água, chá e por vezes gelatina) e estimular a alternância e verticalização de posicionamentos e deambulação. Também ensinando e incentivando o acompanhante a aplicar massagens e assistir à mobilização e posicionamento da grávida.

Foi ainda proporcionado esclarecimento relativamente às vantagens das posições verticalizadas durante o trabalho de parto e dadas as opções disponíveis para permitir uma escolha informada por parte das mulheres.

Foi acompanhada uma grávida em TP que possuía um aparelho de estimulação nervosa elétrica transcutânea, que a própria colocava, com alguma ajuda, referindo alívio bastante significativo da dor com esse dispositivo no início do primeiro estágio do TP o que foi uma experiência bastante interessante.

Por vezes não foi possível proporcionar o levante ou duche da utente ou a aplicação de água através do duche (sempre que houvesse perdas do registo da FCF frequentes, ou pelo facto do traçado anterior não ser tranquilizador, tipo 2 -

ACOG) devido ao facto de se perder o sinal da monitorização CTG, que por protocolo do serviço deve ser contínua em todas as situações.

Este procedimento (monitorização contínua) é colocado em causa pelas atuais recomendações ACOG (2012) e NICE (2014) que preconizam a monitorização intermitente durante o trabalho de parto de baixo risco, referindo que não existe evidência do benefício da monitorização contínua em detrimento da auscultação intermitente, desde que esta seja efetuada rigorosamente de acordo com os protocolos preconizados. Por outro lado, a monitorização contínua regista por vezes eventos anómalos que alarmam os profissionais, conduzindo a intervenções desnecessárias e prejudiciais (NICE 2014).

Foi perceptível que este procedimento se deve sobretudo à possível necessidade dos profissionais terem que provar os indicadores de bem estar fetal durante o TP em situações de possíveis complicações e consequente processo judicial. É ideia consensual no serviço que mesmo considerando as recomendações atuais, com o juízo clínico e ajustes adequados a cada situação, acaba por ser um procedimento que protege os profissionais, mas também as grávidas e os seus bebés.

De acordo Sundström (2006) estes episódios têm habitualmente relação com a administração de terapêutica analgésica, com a rutura de membranas (por compressão do cordão), corrigida com reposicionamento materno, ou mesmo com aspetos como a hipotensão materna ou hiperestimulação uterina. Os consensos FIGO (2015) referem que a hiperestimulação uterina é a causa mais frequente da hipoxia fetal sendo reversível reduzindo ou terminando a perfusão ocitocica.

Devem pois ser cuidadosamente analisados os critérios que definem os sinais de hipoxia, observando as características das desacelerações de frequência cardíaca fetal, conjugadas com a variabilidade (atual e anterior) e parâmetros maternos (TA, temperatura...), por forma a agir adequadamente para a correção da situação.

Embora esteja em vigor no serviço um protocolo, que à luz da evidência científica atual e das recomendações dos consensos recentes, indica claramente que a administração de oxigénio, quando não há défice respiratório materno, está desaconselhada, este procedimento continua a fazer parte da rotina de atuação nestas situações durante o decurso do TP, nomeadamente em período expulsivo.

Este aspeto deve-se ao facto de há muitos anos ser este o procedimento considerado mais seguro e como tal não fazia sentido aos profissionais abandonar esta prática. Por este motivo procurou-se partilhar que, de acordo com o que foi dado a conhecer nas aulas do curso, essa recomendação se devia ao facto das saturações de oxigénio fetais subirem com a administração de oxigénio à mãe, o que pode dificultar a adaptação respiratória do RN (sobretudo quando administrado em período expulsivo).

Relativamente às estratégias não farmacológicas de alívio do desconforto, verificou-se que, conjugadas, estas são extremamente eficazes para a promoção do conforto, controlo e empoderamento da mulher, quer nas clientes que desejam não fazer analgesia epidural, quer antes de ser possível a aplicação de analgesia epidural, ou mesmo depois, para potenciar a mesma e evitar uma maior frequência de repicagens.

Foi também desenvolvida competência na assistência à execução da técnica de analgesia epidural, bem como na avaliação da necessidade e adequação de repicagem.

Outra técnica aprendida foi a colocação de monitorização interna para avaliação da FCF. Esta técnica implica ter havido rutura de membranas, dilatação cervical e que a apresentação esteja suficientemente descida para permitir a colocação do eléctrodo no escalpe fetal (Lowdermilk 2008). Foram sujeitas a este procedimento apenas grávidas em que não estava a ser possível conseguir monitorizar a FCF através de transdutor externo, permitindo assim uma avaliação rigorosa do bem estar do feto durante o trabalho de parto.

Procurou-se sempre ter em consideração o bem estar do/da acompanhante da parturiente, indispensável para que possa desempenhar o seu importante papel. Houve a preocupação de o/a integrar nos cuidados, demonstrado interesse pelo seu bem estar, integrando-o/a na conversação e interação e incentivando à sua saída por curtos períodos para se alimentar ou descansar (as salas de parto dispõem apenas de uma cadeira).

Segundo a ACOG (2012), o nascimento é um evento familiar e os profissionais devem proporcionar à mulher a presença de pessoas significativas.

Observou-se que esta atenção foi recebida com alguma surpresa e agrado por parte de todos os utentes e que embora haja ainda um longo caminho a percorrer pelas instituições de saúde no apoio ao pai/pessoa significativa que acompanha a parturiente neste local esse aspeto é habitualmente tido em conta.

Esta presença é recomendada pela OMS desde 1985, e em Portugal desde o mesmo ano (Lei 14/85, de 6 de julho, atualizada pela Lei 15/2014, de 21 de março) tendo por base a evidência científica dos benefícios para a mulher, o RN e a família. Entre os quais são apontados:

“...diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimentos de confiança, controlo e comunicação mais positivos, melhor perceção do parto (Gungor [et al.], 2007); menor necessidade de medicação e analgesia, relatos de maior satisfação da mulher, melhores índices de amamentação, menos relatos de cansaço durante e após o parto (Nakano [et al.], 2007); maior sentimento de prazer (Figueiredo [et al.], 2002); e também maior duração do aleitamento materno, segundo Erlandsson (2007).” (Janeiro 2013, p.29).

Relativamente à ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, foi perceptível, sobretudo nas mulheres em trabalho de parto prolongado, que a restrição praticada por protocolo, à luz das guidelines atuais (permitindo a ingestão moderada de líquidos claros) provoca desconforto e ansiedade às parturientes.

Este assunto foi alvo de reflexão e questionamento. O que justifica privar (por vezes por dois dias) as clientes de se alimentarem, uma vez que, na necessidade emergente de cesariana com anestesia geral e perante o risco de aspiração de conteúdo gástrico (Síndrome de Mendelson), haveria a possibilidade de efetuar uma aspiração gástrica, que aliás é efetuada em cirurgias urgentes não programadas? Foi referido do pelos EEESMO com quem foi possível discutir o assunto que provavelmente isso se devia ao fato de ser um procedimento desnecessariamente invasivo.

Segundo a FAME e APEO “Não existe evidência suficiente que justifique o jejum das mulheres em trabalho de parto pelo risco de aspiração de conteúdo gástrico” (2009, p.53) e “...não há um intervalo de tempo, desde a última ingestão, que garanta a uma grávida um conteúdo gástrico menor que 100ml... o próprio Mendelson, em 1946, assinalou que a comida podia ser vomitada 24 e até 48 horas depois da sua ingestão.” (FAME 2009, p.55-56). Por outro lado, há que ter em

consideração as alterações metabólicas que ocorrem como consequência dessa privação que não são compensadas pelo aporte endovenoso de soroterapia glicosada. O que nos leva a pensar que seria mais adequado optar por uma dieta ligeira.

FAME 2009, refere mesmo que à medida que o TP vai progredindo a grávida vai sentindo menos fome e progressivamente vai diminuindo naturalmente a ingestão alimentar.

Assim, foi discutido este assunto com duas equipas médicas de anestesia diferentes, em diferentes situações que referiram, no seu entender não haver qualquer problema na ingestão de alimentos e que era uma indicação habitualmente dada pelas equipas de obstetras. Os obstetras com quem se proporcionou a abordagem do assunto, referem que há perigo de aspiração de vómito/conteúdo gástrico caso haja alguma intercorrência durante a analgesia ou necessidade de anestesia geral.

Esta situação prova mais uma vez que a discussão em equipa multidisciplinar é fundamental para aferir a qualidade dos cuidados prestados e a análise objetiva de cada situação e faz-nos refletir sobre o prejuízo e benefício desta privação.

A progressão do TP (1º e 2º estádios) foi avaliada pela observação da parturiente, comportamento e suas queixas e quando se mostrava adequado através do toque vaginal. Este procedimento foi alvo de progressivo desenvolvimento por parte da estudante e inicialmente um desafio, pois permite avaliar múltiplos parâmetros valiosos para o diagnóstico e prognóstico do TP em questão: algumas características da bacia materna e viabilidade da descida do feto; o colo uterino (orientação, progressão do apagamento e da dilatação); a apresentação (cefálica, pélvica ou transversa); a atitude fetal (flexão e sinclitismo); variedade da posição fetal e o plano de progressão da apresentação fetal (Lowdermilk, 2009), parâmetros que foram progressivamente sendo mais fácil e corretamente avaliados.

Foi possível constatar que esta avaliação é um pouco subjetiva e vai sendo aperfeiçoada com a experiência de acompanhamento de grávidas em TP.

Foi tido em consideração que esta intervenção é por vezes desconfortável, comprometedora da privacidade e intimidade da mulher e potenciadora de *stress* e de focos de infeção, pelo que se procurou limitar o número de avaliações como recomenda FAME e APEO (2009).

Embora no serviço o preenchimento do partograma estivesse a cargo da equipa médica, o seu preenchimento foi aprendido, foram avaliados e registados todos os parâmetros da progressão do TP e analisada a necessidade de intervenção em concordância.

Existem no serviço protocolos de atuação na condução artificial do TP que permitem a autonomia dos EEESMO, tendo-se verificado que na maioria das situações ficava ao seu critério a administração de ocitocina sintética e a administração de terapia analgésica de 1ª linha (paracetamol +buscopulamina), bem como a solicitação de analgesia epidural à equipa médica de anestesia. Este facto permitiu desenvolver competência na adequação e realização destas intervenções.

Outro aspeto concretizado neste EC foi a aprendizagem da técnica de amniotomia com o objetivo de facilitar a progressão do TP em algumas situações de difícil progressão, quer em TP de início fisiológico quer em TP induzido. Este procedimento está associado a uma redução da duração do TP e a um aumento da dor provocada pelas contracções, desencadeando frequentemente uma maior necessidade de analgesia (FAME 2009 e NICE 2014).

Houve algumas situações em que foi possível aplicar algum posicionamento ou metodologia que entendesse ser melhor e em estes se mostraram eficazes e adequados. Como nas situações de apresentação fetal posterior, situação que a evidência atual e as *guidelines* ACOG (2012) e NICE (2014) referem beneficiar da posição de quatro apoios ou verticalizada, libertando a bacia e aumentando os diâmetros pélvicos. Foi verificado benefício para a mulher, para a progressão do trabalho de parto e por vezes no bem estar fetal. Tendo sido prestada assistência a cinco partos em que a apresentação era posterior sem qualquer intercorrência.

A posição durante o parto/expulsão foi quase sempre conduzida para a posição de litotomia, por ser esta a posição de eleição para a maioria dos profissionais do local (dadas as características das camas de parto) e a que mais clientes preferem.

De acordo com FAME (2009) “Deve deixar-se que as mulheres adotem a posição no parto que seja mais cómoda para si... há que favorecer a utilização de posições verticais... no caso de a mulher desejar parir na cama devem utilizar-se...

evitando a posição de litotomia” (FAME 2009, p.83), também as diretivas NICE 2014 vão ao encontro desta recomendação. No entanto, foi também possível proporcionar posições verticalizadas durante a fase latente do segundo estágio de TP e prestar assistência a um parto de pé, um em decúbito lateral e outro em posição de cócoras, que constituíram experiências muito gratificantes para as parturientes e para a estudante pois “...as parteiras devem ter experiência em assistir partos em diferentes posições.” (FAME 2009, p.83).

Foi ainda muito importante para perceber as diferenças para quem presta assistência ao parto relativamente à posição da apresentação fetal, para desenvolver a destreza e a capacidade de adaptação. Foi notório nestas situações o quanto as mulheres se sentiram no controlo da situação e protagonistas do seu parto por lhes ter sido permitido adotar a posição que sentiam ser mais adequada.

Foram desenvolvidas competências de avaliação e concretização de técnicas nos aspetos inerentes ao acompanhamento do período expulsivo tanto em fase passiva como ativa:

- Foi atendida a necessidade de verificar a presença de globo vesical que pode interferir com a progressão fetal, sendo por vezes necessário o efetuar esvaziamento vesical por a parturiente não conseguir urinar espontaneamente.
- Avaliação da potencial dificuldade de progressão do feto, dos seus motivos e possíveis formas de corrigir. Aprendendo a necessidade de ajuste da posição materna para a rotação, progressão e nascimento.
- Efetuada a gestão do desconforto materno e o apoio emocional, informando calmamente sobre o decurso do TP, tranquilizando e incentivando os esforços expulsivos e a participação da parturiente no seu parto. “A abordagem calma da parteira que informa sobre o que está a acontecer ajuda a mulher a manter-se confiante.” (OE, 2015, p.45).
- A avaliação da elasticidade do períneo e medidas para a sua proteção, procurando, sempre que foi permitido, respeitar os impulsos expulsivos espontâneos da parturiente, lubrificando e protegendo a região perineal e procurando sempre que fosse realizada episiotomia de forma seletiva pois “o uso rotineiro da episiotomia não é necessário e pode levar a um aumento do risco de lacerações perineais do terceiro e quarto graus” (ACOG 2012, p.188). Quando foi efetuada episiotomia esta

foi sempre realizada de acordo com as recomendações atuais (NICE 2014), na linha média-lateral direita.

- Nos partos em que participou, a estudante observou que a pressão no fundo uterino durante os esforços expulsivos (manobra de Krisler) é ainda prática comum e tida como benéfica por profissionais e mesmo por algumas parturientes. Foi aplicada em 13 dos 49 partos a que a estudante prestou assistência direta, tendo sido observada na totalidade dos partos distócicos em que esteve presente.

Esta manobra é desde 1996 tida pela OMS como parte da lista de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e vem descrita nas linhas orientadoras NICE de 2014, como violência obstétrica.

Progressivamente a estudante foi procurando intervir, conversando sobre o assunto com a sua orientadora clínica, outros colegas e alguns elementos da equipa médica, analisando os benefícios e as possíveis complicações para o feto e para a mãe de acordo com o aprendido no decurso das aulas lecionadas no curso. Tendo-se verificado que esta prática se tornou menos rotineira e aplicada apenas em situações em que se considerou imperioso abreviar o parto e com o consentimento da parturiente.

- A realização da pesquisa de circulares cervicais após o nascimento da cabeça foi também sempre concretizada. A presença de circulares apertadas é por consenso entre os profissionais do serviço, resolvida com a laqueação e o corte do cordão umbilical e foi sempre este o procedimento efetuado nesta situação.

Tendo em atenção que, de acordo com as linhas orientadoras atuais o procedimento recomendado é o de se efetuar a manobra de Somersault, segurando a cabeça fetal junto do períneo materno (Mercer et al, 2005), foi colocada a questão, tendo-se constatado que esta manobra, embora seja conhecida, não é do domínio prático dos profissionais e por esse motivo não é efetuada pois todos sentem mais segurança efetuando a laqueação e corte do cordão.

- Após a expressão das vias aéreas superiores, e apoiada a rotação do corpo do RN foi, sempre que foi oportuno e permitido, convidada a mãe a “ir buscar” o seu bebé, conferindo-lhe um papel mais ativo e maior sensação de controlo sobre o seu parto. Foi observado que esta prática é muito apreciada e valorizada pelas mulheres e pelos seus companheiros.

- Sempre que o RN nascia sem necessidade de cuidados imediatos emergentes, foi possível efetuar a clampagem tardia do cordão umbilical,

aguardando até que este deixasse de pulsar. Para proceder ao corte do cordão foi, sempre que adequado convidado o pai, a mãe ou acompanhante.

- Foi também possível aprender a técnica de colheita de sangue e fragmento do cordão umbilical para criopreservação. Este procedimento obriga a que haja uma avaliação e gestão rigorosa do tempo que se deixa o RN receber o sangue da placenta, de forma a equilibrar o benefício para o RN de um corte do cordão o mais tardio possível, e a necessidade de ficar ainda sangue suficiente para a colheita.

No terceiro estágio, dequitação, foi quase sempre adotada uma conduta ativa com tração controlada do cordão e da saída da placenta e administração de ocitocina profilática. Esta conduta é no serviço considerado o procedimento mais seguro em detrimento da dequitação natural pela menor probabilidade de perdas hemáticas aumentadas.

Após a dequitação, foi sempre efetuada a inspeção da placenta e membranas para verificar a sua integridade e administrada ocitocina profilática.

De acordo com o protocolo do serviço, a perfusão de ocitocina deve iniciar-se imediatamente após a dequitação (pelo risco de retenção placentar). No entanto, a recomendação atual da NICE é a de "...efetuar tração controlada do cordão como parte da conduta ativa apenas após administração da ocitocina e de sinais de separação da placenta." (NICE 2014, p.726). NICE (2014) refere ainda que a perfusão ocitócica deveria iniciar-se imediatamente após o nascimento ou idealmente após o corte do cordão desde que este ocorresse até 5 minutos após o nascimento.

A observação criteriosa do períneo e do canal de parto foi também uma prática constante. Houve necessidade de efetuar a sutura do períneo, quer por ter sido efetuada episiotomia, quer por existência de lacerações. Para tal, foi sempre tida em conta a conveniente analgesia do local, sendo administrado anestésico local sempre que não tivesse havido uma analgesia epidural. A técnica de sutura perineal foi alvo de grande desenvolvimento por parte da estudante que terminou o EC com bastante proeficiência e confiança neste procedimento.

Surgiu também a oportunidade de prestar cuidados a 6 mulheres/casais que foram submetidos a Interrupção Médica da Gravidez (IMG), tendo prestado

assistência à expulsão do feto em 3 destas situações (com 18, 19 e 21 semanas de gestação). Esta experiência foi bastante enriquecedora do ponto de vista humano, dado que tem contornos muito particulares e exige bastante sensibilidade e capacidade de estabelecer uma relação terapêutica.

Procurou-se atender aos desejos do casal dentro do possível e dar apoio emocional de forma empática, esclarecendo as dúvidas, permitindo expressão da sua situação, da sua tristeza e da dor que sentiam, bem como respeitando os silêncios quando tal se adequava.

No que diz respeito à expulsão do feto, foi experienciado que por vezes se torna difícil devido ao facto deste ser muito frágil e de se encontrar imóvel. A manipulação do feto tem de ser efetuada de forma muito suave pois há risco de fragmentar e haver retenção de partes fetais. Foi observado que a apresentação fetal pode variar bastante e nem sempre é muito óbvia, quer devido a edemas, quer às malformações que o feto por vezes apresenta.

A dequitação é também um processo mais demorado e delicado pois as estruturas estão mais aderentes e são mais frágeis que num parto de termo.

“H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.”

No período pós-natal foram prestados cuidados à tríade, com o acompanhamento no quarto estádio do TP e por vezes no puerpério precoce, devido a falta de vagas no serviço de puerpério.

Sempre que possível foi promovido o contacto pele a pele na primeira hora de vida do RN.

Houve alguns aspetos que dificultaram esta prática sobretudo: a distância da sala de cuidados imediatos ao RN, de onde vinha já vestido após os cuidados imediatos e a convicção por parte de alguns profissionais de que o RN arrefecia ou de que não poderiam adequadamente verificar o seu bem estar. Assim, inicialmente este contacto era por vezes efetuado apenas durante alguns minutos ou mesmo impedido.

No entanto, à medida que o EC foi avançando, a estudante procurou promover a prestação de cuidados ao RN junto da mãe (profilaxia da hemorragia neonatal e

avaliação do peso), ou colocar o RN em contato pele a pele após a prestação de cuidados, com evidentes benefícios de adaptação do RN ao meio extrauterino.

Procurou-se também assegurar o início da amamentação na primeira hora de vida, quando o RN mostrava sinais de prontidão, esclarecendo a mãe dos aspetos a considerar para o sucesso da pega e ajudando-a a colocar o RN à mama, como preconizado por Levy e Bértolo (2012) no manual de aleitamento materno UNICEF.

Nesta fase foi também tida em particular consideração a necessidade de estímulo ao vínculo paterno e a confiança do pai em aproximar-se e cuidar do seu filho. Foi, sempre que possível proposto aos pais que fossem eles a vestir o seu bebé, demonstrando e elogiando. Dando ênfase à sua importância de vigilante da mamada, envolvendo-os nessa atividade, explicando como ajudar, o que devia observar e quais os sinais de uma boa pega.

No que diz respeito ao envolvimento do pai no momento do parto o instituto Promundo refere que

“...o nascimento é apenas um breve momento, mas possui grande impacto emocional e experiencial para todos/as os/as envolvidos/as... Além disso, é perceptível que tanto para o recém-nascido quanto para o seu pai a participação no momento do parto é um momento chave de conexão.” (Instituto Promundo 2014, p.58).

Este será assim também um momento privilegiado para intervir neste sentido, incentivando ao vínculo precoce, reforçando a humanização do nascimento e a coesão familiar, dando aos pais a possibilidade de cuidar dos seus filhos logo desde o primeiro momento.

Durante o período do quarto estágio do TP era sempre efetuada a observação e a avaliação da puérpera, despistando a possibilidade de complicações como atonia uterina, hemorragia, agravamento ou surgimento de edema ou hematoma perineal, infeção, pré-eclampsia ou outras complicações.

Esta vigilância revelou-se muito importante, pois surgiram algumas situações em que houve necessidade de intervenção mesmo quando o TP incluindo o período expulsivo tinha decorrido sem qualquer intercorrência (por infeção, hemorragia, pré eclampsia e reação anafilática).

Foi também importante a experiência de preparação das puérperas para a transferência, o seu acompanhamento e a transmissão de dados com vista à continuidade de cuidados às colegas do serviço de puerpério. Estes procedimentos

implicam o conhecimento da utente e uma revisão cuidada dos aspetos mais relevantes a transmitir de toda a situação da puérpera e do RN, não só relativamente ao parto, mas também do seu historial de saúde, de vida e de como está a viver o nascimento daquele filho.

Importa salientar que este EC foi também muito desafiante e enriquecedor no desenvolvimento do pensamento crítico e na gestão de cuidados pela necessidade de atender simultaneamente às necessidades da utente, normas instituídas e evidência científica.

Houve também a oportunidade de participar numa acção de formação para profissionais da Instituição apresentando a temática em estudo.

Esta participação proporcionou uma vez mais o desenvolvimento de competências de EEESMO no que diz respeito à responsabilidade formativa para com outros profissionais. Foi preocupação da estudante, ao longo de todos os EC, desenvolver esta competência sempre que possível tendo efetuado sempre que se proporcionou, acções de formação e momentos formativos para e com as equipas multidisciplinares.

Foram também desenvolvidas competências na área da investigação, nomeadamente através do estudo e realização da análise temática de conteúdo, bem como através da metodologia da revisão sistemática da literatura.

4- PRINCIPIOS ÉTICOS

Para a realização deste trabalho, bem como para o desenvolvimento de competências, foi sempre atendida a conformidade com os princípios éticos e explícito o consentimento informado e a autorização para todos os envolvidos (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Este é um procedimento indispensável atendendo aos direitos dos indivíduos e foi preocupação constante durante a prática clínica o consentimento, quer para a prestação de cuidados, quer para a participação das utentes e para o registo da interação.

Os princípios éticos que foram considerados estão presentes nas linhas orientadoras do Código Deontológico dos Enfermeiros e referidos pela Ordem dos Enfermeiros como princípios que garantem a conformidade com a legalidade e justiça.

Fortin, Côté & Fillion (2009), definem cinco princípios éticos fundamentais aplicáveis aos seres humanos e indispensáveis a uma conduta ética:

- O direito à auto-determinação. Que tem por base o respeito pelas pessoas, pelo qual qualquer pessoa é capaz de tomar decisões e tomar conta de si própria.
- O direito à intimidade. Assegurado quando se garante que se é o menos invasivo possível e que a intimidade do sujeito é protegida permitindo à pessoa decidir sobre a extensão da informação exposta e de que modo aceita partilhar informações íntimas e privadas.
- O direito ao anonimato e à confidencialidade. Assegurando que o sujeito não pode ser identificado e que as suas contribuições não possam ser associadas à sua pessoa.
- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo. Baseado no princípio da beneficência, segundo o qual a pessoa deve ser protegida de inconvenientes suscetíveis de lhe causar dano ou prejuízo.
- O direito a um tratamento justo e leal. Que se refere ao direito de conhecer a natureza, o fim e os métodos utilizados na atividade para a qual é solicitada a sua participação.

(Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Assim, foi pedido consentimento junto das clientes a quem foram prestados cuidados, explicitando os procedimentos e o seu objetivo. Foi ainda esclarecido o tema em estudo e seu objetivo, bem como para registo e utilização dos registos de interação colhidos e dada a garantia de anonimato e confidencialidade. Deste modo foi adotada para todos os procedimentos uma conduta responsável e ética, agindo de acordo com o respeito pelos direitos e interesses das clientes.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, descreve a realização de um projeto que integrava como objetivos principais o estudo da temática escolhida e o desenvolvimento de competências de EEESMO. A sua elaboração, constituiu um percurso de pesquisa e reflexão que se mostraram vitais para a concretização de ambos os objetivos.

O enquadramento conceptual, mostrou-se pertinente para clarificação dos conceitos, para a abordagem do tema da perceção das mulheres sobre o CPP que frequentaram e para o desenvolvimento de competências EEESMO.

Relativamente à metodologia adotada para estudo da temática proposta, esta mostrou-se adequada, tendo contribuído para aprofundar conhecimentos e a reflexão sobre a prática e atingir os objetivos delineados.

Conforme se esperava atendendo à informação recolhida nos EC e na pesquisa bibliográfica, a proporção de mulheres que frequentaram o CPP foi muito menor do que seria prevista. Observando-se uma prevalência concordante com a perceção empírica das EEESMO questionadas de que, no geral, apenas um quarto das mulheres fazem CPP.

Pela bibliografia consultada e pelas observações recolhidas percebem-se diferentes opiniões relativamente à estrutura, atividades e temas abordados no CPP. No entanto, quer o CPP tenha ido ao encontro das suas expectativas ou não, todas as mulheres referem ter sido benéfico.

Verificou-se que as intervenções consideradas no CPP pelas mulheres como mais importantes para o seu empoderamento na vivência da maternidade são: A informação teórica fornecida, o estímulo à pesquisa sobre os assuntos que não é possível aprofundar e as intervenções com atividades práticas em que é proporcionado “fazer” com orientação e supervisão. Sobressai também a abordagem e postura do EEESMO que recebe e acompanha a mulher durante o parto, como determinante na possibilidade de expressão e estímulo à participação da mulher no seu parto e consequentemente no seu grau de satisfação com o mesmo.

Foi também possível chegar a conclusões que vão ao encontro da informação recolhida na evidência científica atual: A maioria dos cursos de preparação para o parto frequentados pelas participantes, têm como principal resultado a diminuição do medo, o aumento do autocontrolo das mulheres e da sua colaboração com os profissionais. No entanto, este estudo acrescenta a conclusão de que os atuais CPP

não preparam as mulheres para a tomada de decisões livre, informada e autónoma no que diz respeito ao decurso do seu parto e portanto contribui menos do que seria desejável para o seu empoderamento durante o trabalho de parto.

O desenvolvimento de competências específicas do EEESMO na prestação de cuidados à mulher e família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e período pós natal, foi conseguido através de um percurso pautado pelo investimento em pesquisa científica e em conhecimentos teóricos, só possível concretizar e consolidar através da prática clínica e da análise e reflexão sobre a mesma. Como refere Benner (2001), há muito conhecimento integrado na prática e no “saber fazer”, mas este não será desenvolvido completamente se as enfermeiras não registarem e refletirem sistematicamente sobre o que aprenderam a partir da sua experiência.

Este EC foi bastante exigente, gratificante e enriquecedor para a estudante. As experiências pessoais, profissionais e formativas anteriores da estudante foram importantes para a evolução, competência e proeficiência conseguidas, mas também ajudam a perspetivar o longo caminho a percorrer para atingir a perícia nesta área.

Assim, esta foi apenas a primeira etapa de um percurso que apenas se inicia com a formação de EEESMO e que certamente será alvo de desenvolvimento e investimento constante por parte da estudante dada a responsabilidade e compromisso assumidos pelos EEESMO para uma prestação de cuidados de excelência e verdadeiramente centrada no cliente.

Espera-se que este trabalho seja um contributo e incentivo para a consciencialização dos profissionais da importância da adaptação dos CPP à evidência científica e à população alvo, bem como da importância do acompanhamento pelo EEESMO ao longo do período pré-natal, nascimento e pós-natal.

Também Couto refere que:

”a preparação para o parto deverá ser sempre entendida, socialmente, como um momento privilegiado para a mulher grávida e para a sua família como estratégia política de educação para a saúde com resultados evidentes e duradouros”(Couto, 2003, p.144).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG (2012). *Guidelines for Perinatal Care*. Disponível em:

<https://evidencebasedpractice.osumc.edu/Documents/Guidelines/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>. Acedido a 12/06/2016.

Antunes, M. ; Lopes, J. ; Fernandes, R. (2006). O grau de satisfação das grávidas face ao curso de preparação para o parto. *Nursing*. Ano 16, nº 213, p. 7-10.

Associação portuguesa para os direitos da mulher na gravidez e parto. 2015. *Experiências de Parto em Portugal*. Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. Lisboa 2015.

Associação portuguesa para os direitos da mulher na gravidez e parto (s.d.). *Plano de Parto*. Disponível em:
(<http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>). Acedido a 28/08/2016.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito* (Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem). Coimbra: Quarteto Editora.

Cabete, D. (2011). *Autonomy and Empowerment of Hospitalised Older People : A Portuguese Case Study*. Doctoral thesis, Northumbria University. Disponível em: http://nrl.northumbria.ac.uk/2623/1/cabete.dulce_phd_volume1.pdf
Acedido a 20/02/2016.

Cortes et al. (2015). Uso e influencia dos planos de parto e nascimento no processo de parto e humanizado. *Revista Latino Enfermagem*, 2015
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf. Acedido a: 15/09/2016.

- Couto, G. (2003). *Preparação Para o Parto* – Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural. Lusociência.
- COSTA, R. et al. (2003). *Parto: expectativas, experiência, dor e satisfação*. Psicologia Saúde & Doença. Vol. 4, nº 1, p. 47-67.
- Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Regulamento 127, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf.
Acedido em 02/06/2015.
- Dicionário da Língua Portuguesa com acordo ortográfico. Porto editora (2003-2016). Infopedia.pt. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/> Acedido a 29/01/2016.
- Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. ESEL, 6º curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetria. ANO LECTIVO 2015-2016 – 2.º Ano/4.º Semestre.
- Duff, E. (2001). Relating the Nursing Paradigm to Practice: A Teaching Strategy. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Volume 8, Issue 1 2011, Article 11.
- Europeristat (2010). *European Perinatal Health Report*. Paris: INSERM (Versão eletrónica). Disponível em: <http://www.europeristat.com/> acedido a : 16/03/2016.
- Erlansson, K. e Häggström, E. 2010. Prenatal Parental Education from the perspective of fathers with experience as primary caregiver immediately following birth: A phenomenographic study. *The Journal of Perinatal Education*. Winter 2010, volume 19, number 1.

Federação Internacinal de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO (2015). FIGO *consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography*. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Volume 131, Issue 1, October 2015, Pages 13–24. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215003951>
Acedido a 12/07/2016.

Fortin, M.-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Frias, A. (2011).Preparação Psicoprofilática e a perceção da Experiência do Nascimento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicologia, Nº 1- Vol. 1, p. 409-416. 2011.
Disponível em:
https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4082/1/Art_PPQ_INFAD1.pdf
Acedido a: 13/07/2016.

Horochovski, R. (2006). *Empoderamento: Definições e aplicações*. 30º Encontro anual da ANPOCS 24 a 28 outubro de 2006 GT 18. Disponível em:
http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=3405&Itemid=232 Acedido a 19/02/2016.

Instituto Lamaze (s.d.). *Healthy birth practices*. Disponível em:
<http://www.lamazeinternational.org/HealthyBirthPractices>. Acedido a 14/05/2015.

Instituto Lamaze (2007).Position Paper: *Promoting, Supporting, and Protecting Normal Birth*. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948084/>. Acedido em 14/05/2015.

Instituto Promundo (2014). *Programa P – Manual para o exercício da paternidade e do cuidado*.1ª edição. Rio de Janeiro.

International Confederation of Midwives – ICM (2008). *Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Clidbirth and the Postnatal period*. 2008.Disponível em:

<https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/definition/pdf/shoshin/f-01.pdf>

. Acedido a 25/05/2015.

International Confederation of Midwives – ICM (2015). *Midwifery Services Framework – Guidelines for developing SRMNAH sevices by midwives*. 17 março 2015.

Disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Manuals%20and%20Guidelines/MSF%20for%20field-testing,%2017Mar15.pdf> .

Acedido a 20-08-2016.

Itzhaky H., Schwartz C. (1998). Empowering the disabled: A multidimensional approach. *International Journalof Rehabilitation Research* 1998;21(3):301–310. [PubMed: 9812258]

Janeiro, p. (2013). *Experiências Vivênciadas pela Mulher em Trabalho de Parto e Nascimento* – Dissertação de Mestrado. Disponível em:

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9401/1/Tese_final.pdf Acedido a: 5/07/2016.

Kitzinger S. (1995). *A Experiência do Parto*. Lisboa.Instituto Piaget. 1995.

Leite, L. (2006). *O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICongComLL.pdf> . Acedido a 20/02/2016. Acedido a 10/07/2015. Acedido a: 10/07/2016.

Levy L., Bértolo H. 2012. *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

- Leyshon S. (2002). Empowering practitioners - An unrealistic expectation of nurse education? *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(4):466–474. [PubMed: 12421406].
- Lima, J.. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano 47-1, 2013, P.7-29. Disponível em:
<http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/viewFile/1794/1143>. Acedido a 04/08/2016.
- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Lukas, K. (1983). *Facilitação Psicológica do Parto*. Editora Manole. São Paulo 1983.
- McAllister, D. (2014). A Paradigm of Normal Birth: Teaching Through the Healthy BirthPractices. *The Journal of Perinatal Education I*. Fall 2014, Volume 23, Number 4, p.218-220. Disponível em:
<http://dx.doi.Org/10.1891/1058-1243.23.4.218> Acedido a :18/04/2015.
- Meleis, A. (1991-2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 2nd Edition.2007. Philadelphia: Lippincott Company.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer PublishingCompany.
- Mercer et al. (2005). Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol. 50, Nº 5 set.-out. 2005.
- Merleau-Ponty M.(s.d.). *Phenomenology of Perception*. Oxon e New York. Routledge 2012.
- Morgado, C. et al. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*, II série, nº12, março 2010. p.17-27. Disponível em:

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FpqAud3ohQAJ:https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D302%26codigo%3D+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt Acedido em 18/04/2016.

National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2014). *Intrapartum Care for Healthy Women and Babies*. Guidelines. December 2014. Disponível em: <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000005091/Highlights-of-UK-NICE-Guidelines-Dec-2014.pdf> . Acedido a 20/05/2016.

National Institute for Health and Care Excellence NICE (2014). *Highlights of the United Kingdom (UK) Guidelines: Intrapartum care: care for healthy women and their babies during childbirth*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-248734765> Acedido a 20/05/2016.

Nunes L., Amaral M., Gonçalves R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Caderno Temático - *Modelo de Desenvolvimento Profissional* - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. Ordem dos Enfermeiros janeiro 2010. (p. 6)

Ordem dos Enfermeiros - OE (2008). Parecer CJ 46/2008. Sobre: *Preparação para o parto por Enfermeiro não especialista*. OE 2008. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer46_pre_p_parto_enf_nao_especialista.pdf Acedido a 28/12/2015.

Ordem dos Enfermeiros - OE (2012). *Parecer sobre o número mínimo de sessões de preparação para o parto*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_11_2012_Numero_minimo_de_sesoes_de_preparacao_para_o_parto.pdf. Acedido a 25/05/2015.

Ordem dos Enfermeiros - OE (2012). *Recomendações para a preparação para o parto*. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf . Acedido a 15/07/2015.

Ordem dos Enfermeiros - OE (2012). Pinheiro, A. Et all (2012). *Documento de Consenso*

Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf. Acedido a 18/06/2015.

Organização Mundial de Saúde - OMS (1978). *Conferência Internacional de Saúde - Saúde para todos no ano 2000* . Alma-Ata 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acedido a 22-05-2015.

Organização Mundial da Saúde - OMS (1996). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: WHO. Acedido em: 13/05/2015. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/args/materia/56_a.pdf. Acedido a 16/03/2016.

Organização Mundial da Saúde – OMS (2013). *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights*. World Health Organization: Geneva.

Organização Mundial da Saúde - OMS (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. World Health Organization: Geneva. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf Acedido a 16/03/2016.

Pereira M. (2010). *A importância atribuída pelos Enfermeiros ao empowerment dos doentes na relação terapêutica enfermeiro-doente*. Lisboa. Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa. Disponível em:

<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf> . Acedido a 06/08/2016.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Shearer, N. (2010). Randomized Control Trial of the Health Empowerment Intervention: Feasibility and Impact. *Nursing Research*. 2010 ; 59(3): 203–211. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873182/>. Acedido a 10/01/2015.

Shearer, N. (2009). Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. *Geriatric Nurse*. 2009 Mar–Apr; 30(2 Suppl): 4–10. Disponível em: [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(09\)00045-7/abstract](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(09)00045-7/abstract) .Acedido a: 15/06/2015.

Shearer, N.; Reed, P. (2009). *Perspectives on nursing theory*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

Shearer, N. (2000). *Facilitators of health empowerment in women*. University of Arizona, 2000.

Shearer, N.; Read P. (2011). *Nursing Knowledge and Theory Innovation – Advancing the science of practice*. Springer 2011. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=cy3Cg3Z4120C&pg=PA94&lpg=PA94&dq=Toward+a+nursing+theory+of+health+empowerment&source=bl&ots=7w3dG30y4T&sig=Y93xyBHVmqzzhfAEijTmJPZ1RUc&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwi05qbktfDMAhVlvRQKHWsJAhIQ6AEINTAC#v=onepage&q=Toward%20a%20nursing%20theory%20of%20health%20empowerment&f=false> . Acedido a 15/05/2016.

Shumacher, K.; Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol.26, Nº2, Summer 1994, p. 119-127. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/227700681_Transitions_A_Central_Concept_in_Nursing. Acedido a 28/12/2015.

Sodre et al. (2010). – *Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em londrina – Paraná* Florianópolis 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3> Acedido a 20/08/2016.

Spinelli et al. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 13, nº 2, p. 94-101. [Consult. 7 Abr. 2008]. Disponível em : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12735409?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA . Acedido a 07/05/2016.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). – *Enfermagem de Saúde Pública*. 7ª Edição. Loures. Lusodidacta.

Strebert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência.

Sundström et al. (2006). *Vigilância Fetal*. Noventa Medical. Suécia.

Vala, J. (2001). A análise de Conteúdo. In: Silva, A. & Pinto, J. (2001). *Metodologia das Ciências Sociais*. 11ª edição. Porto: Edições Afrontamento.

Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). *Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education*. Health Education Quarterly.

ANEXOS

ANEXO I:

Recomendações da OMS na Assistência ao Parto Normal

ANEXO I:

Recomendações da OMS na Assistência ao Parto Normal

Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas:

1. **Plano individual** determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família.
2. **Avaliar os fatores de risco da gravidez** durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contacto com o sistema de saúde e no momento do primeiro contacto com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
3. **Monitorizar o bem-estar físico e emocional da mulher** ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
4. Oferecer **líquidos por via oral** durante o trabalho de parto e parto.
5. **Respeitar a escolha da mãe/casal** sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. **Respeito** ao direito da mulher à **privacidade** no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de cuidados durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
10. **Oferecer** às mulheres/casal todas as **informações** e explicações que desejarem.
11. **Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor** durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
12. Fazer monitorização fetal com auscultação intermitente.
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.

14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
 15. **Liberdade de posição e movimento** durante o trabalho do parto.
 16. **Estímulo a posições não supinas** (não deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
 17. Monitorizar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.
 18. Utilizar occitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
 19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
 20. Prevenir hipotermia do bebê.
 21. Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
 22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.
- (OMS 1996)

ANEXO II:

**Competências do EEESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros
reguladas pela lei de 18 fevereiro 2011.**

ANEXO II

Competências do EEESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros reguladas pela lei de 18 fevereiro 2011:

Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência Critérios de avaliação:

H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal.

H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez.

H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.

H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.

H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.

H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez.

H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.

H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno.

H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.

H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto.

H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.

H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco.

H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.

H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto.

H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.

H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.

H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.

H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.

H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.

H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez.

H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante.

- H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.
- H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.
- H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.
- H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.
- H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Unidades de competência Critérios de avaliação:

H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido

à vida extrauterina.

H3.1.1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.

H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.

H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.

H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.

H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.

H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.

H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando situações que estão para além da sua área de atuação.

H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.

H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.

H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.

H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.

H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.

H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.

H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.

H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou como trabalho de parto.

H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.

H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.

H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina.

H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.

H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência Critérios de avaliação:

H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.

H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.

H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto.

H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.

H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável. Unidades de competência Critérios de avaliação

H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.

H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho.

H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.

H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.

H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto.

H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno.

H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto.

H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante.

H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido.

H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal.

H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.

H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante.

H4.3.10. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal.

H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

(Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, Regulamento N.º 127)

ANEXO III:

Competências essenciais para a prática da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. “Essential competencies for basic midwifery practice”.

International Confederation of Midwives 2015.

ANEXO III

Competências essenciais para a prática da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. “Essential competencies for basic midwifery practice”.

International Confederation of Midwives 2015.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

COMPETÊNCIA Nº 1: Possuem os conhecimentos e competências necessários, de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebê.

“Midwives have the requisite knowledge and skills from obstetrics, neonatology, the social sciences, public health and ethics that form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborn infants, and childbearing families.”.

COMPETÊNCIA Nº 2: Ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva.

“Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting.”.

COMPETÊNCIA Nº 3: Prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a detecção precoce e tratamento ou referência de certas complicações.

“Midwives provide high quality antenatal care to maximize health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral (back-up)

of selected complications.”.

COMPETÊNCIA Nº 4: Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.

“Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborn infants.”.

COMPETÊNCIA Nº 5: Prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.

“Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postpartum care for women.”.

COMPETÊNCIA Nº 6: As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.

“Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age.”.

COMPETÊNCIA Nº 7: As parteiras prestam cuidados individualizados e culturalmente sensíveis à mulheres em situação de aborto , perda ou termino da gravidez que sejam congruentes com a lei e regulamentos aplicáveis de acordo com os protocolos nacionais.

“Midwives provide a range of individualised, culturally sensitive abortion-related care services for women requiring or experiencing pregnancy termination or loss that are congruent with applicable laws and regulations and in accord with national protocols.”.

APÊNDICES

APÊNDICE I:

URL dos artigos encontrados.

Apêndice I

URL dos artigos encontrados:

Quadro1 - “Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo”.

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=302&codigo=

Quadro nº2 - “Childbirth experience of participants in Lamaze childbirth education [Korean].”.

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/54581308/childbirth-experience-participants-lamaze-childbirth-education>

Quadro nº3 – “Turkish women`s perception of antenatal education”.

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2009.00799.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license

Quadro nº4 - “Chinese women`s perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood”

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02148.x/epdf>

Quadro nº5 – “Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto”.

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_-_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf

Quadro nº6 - “Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: Um enfoque na percepção das gestantes.”

<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10043/7828>

Quadro nº 7 - “Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women`s perspectives.”

[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(15\)00112-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(15)00112-6/abstract)

Ou:

http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=MEDLINE&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=X2jha6RDMGePJxE5YB5&page=1&doc=

APÊNDICE II:

Tarefas e Atividades.

Apêndice II – Tarefas e Atividades.

OBJETIVOS GERAIS		ATIVIDADES	TAREFAS	RESULTADOS ESPERADOS	EC
Desenvolvimento de Competências EESMO	Elaboração do Relatório de Estágio com Relatório com enfoque na percepção da mulher relativamente ao CPP que frequentou.	Pesquisa bibliográfica sobre os temas relacionados (preparação para o parto, percepção, empoderamento) e evidência científica recente (RSL).	Realização do projeto do relatório. Revisão narrativa e sistemática da literatura encontrada.	Que se obtenha informação e organização necessárias à contextualização e desenvolvimento do projeto.	
		Prestação de cuidados à mulher, antes, durante e após o trabalho de parto em contexto de bloco de partos.	Estímulo à expressão dos desejos de parto e à participação da mulher e cônjuge na tomada de decisão relativa ao TP e RN.	Que seja facilitado o empoderamento do casal.	Est.Rel.
			Incentivo à comunicação entre o casal.	Que seja facilitada a comunicação entre o casal.	Est.Rel.
			Acompanhamento e monitorização materno-fetal/RN, antes durante e após o parto.	Que seja assegurado o bem estar materno-fetal.	Est.Rel.
		Esclarecimento das mulheres grávidas e suas famílias nas consultas pré-natais sobre a importância da preparação para o parto e parentalidade.	Divulgação dos CPP e do plano de parto.	Que seja estimulada a frequência dos CPP e o empoderamento da mulher no seu parto.	III; IV
			Incentivar a grávida e família à participação/frequência dos CPP.		III; IV
		Incentivar os profissionais para o investimento nos cursos de preparação para o parto e para o estímulo à elaboração do plano de parto.	Discussão sobre o tema. Partilha de ideias.	Que seja estimulado o diálogo e o melhoramento dos CPP e estimulada a elaboração do plano de parto pelas grávidas seguidas pela equipa.	III; Est. Rel.
			Perceção das necessidades de formação dos profissionais.		III; Est. Rel.
			Elaboração de ações de formação.		

OBJETIVOS GERAIS		OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES	TAREFAS	RESULTADOS ESPERADOS	EC
Desenvolvimento de Competências EESMO	Elaboração do Relatório de Estágio com enfoque na percepção da mulher relativamente ao CPP que frequentou.	Refletir sobre as intervenções do EESMO que vão de encontro às expectativas das mulheres e do seu empoderamento.	Assistência e participação nos cursos de preparação para o parto ministrados no local de EC.	Questionamento informal das grávidas frequentadoras do CPP relativamente às suas expectativas e percepção sobre a preparação para o parto.	Que se obtenha informação sobre a perspectiva das grávidas sobre os CPP.	III; IV
				Questionamento dos colegas EESMO que ministram os CPP e prestam cuidados em sala de partos.	Que se obtenha informação sobre a perspectiva dos profissionais sobre o CPP.	III; Est. Rel.
			Registo, através de notas de campo, da interação com as mulheres e conjugue, na gravidez, em TP e puerpério.	Registo, do comportamento, capacidade e vontade de participar em decisões acerca do decurso seu TP em mulheres em TP e puérperas que frequentaram CPP.	Que se obtenha informação acerca da percepção, comportamento e empoderamento da mulher.	II;III;Est. Rel.
				Questionamento informal e registo da participação e percepção do pai relativamente ao CPP durante o TP e no período de puerpério.	Que se obtenha informação relativamente à percepção do pai sobre o CPP.	II;III;Est. Rel.

OBJETIVOS GERAIS		OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES	TAREFAS	RESULTADOS ESPERADOS	EC
Desenvolvimento de Competências EESMO.	Elaboração do Relatório de Estágio com Relatório com enfoque na percepção da mulher relativamente ao CPP que frequentou.	Dar a conhecer a evidência disponível sobre a perspectiva das mulheres sobre os CPP.	Registo, através de notas de campo, da interação com as mulheres grávidas, em TP e puérperas.	Observação dos comportamentos e questionamento informal relativamente aos sentimentos e estratégias aprendidas no CPP.	Que se obtenha informação acerca da percepção, comportamento e empoderamento da mulher em TP.	II;III;Est.R el.
			Revisão Sistemática da literatura sobre a percepção da mulher relativamente ao CPP.	Pesquisa bibliográfica, nas bibliotecas, bases de dados científicas e internet.	Que se obtenha evidência científica que contextualize o trabalho.	
		Identificar os aspectos valorizados pelas mulheres no pós parto relativamente aos CPP.	Questionamento informal à puérpera que fez CPP.	Relativamente à sua percepção sobre o CPP que frequentou.	Que se obtenha informação sobre a perspectiva das grávidas sobre os CPP e da importância/influência do mesmo no seu empoderamento para a vivência da maternidade..	II;III;Est. Rel.
				Relativamente à sua experiência de parto.		II;III;Est. Rel.
				Relativamente à sua experiência de maternidade.		II;III;Est. Rel.